|  |
| --- |
| **Thyroidea Formulär** |

**sqrtpa**

**Patient Information (Fyll i eller använd patientetikett)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnr**: | **-** |

**Basuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Kirurg: | Senior Kirurg Ej självständig kirurg (utfört operationen under handledning) |

|  |
| --- |
| Datum för utfärdande av remiss:  Datum då remiss bedömts på mottagande klinik:  Datum för första besök hos specialist |
| Datum för behandlingsbeslut/patient uppsatt på väntelista för op |

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

**--** Data saknas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREOPERATIVA DATA** | | | |
| **1. Huvudindikation till kirurgi** | | | |
| Malignitet  Utesluta malignitet (oklar tumör) *Fortsätt med fråga 2*  Kompressionssymptom  Återkommande cysta  Thyreotoxikos 🡪 *Gå till fråga 1B*  Komplettering till thyroidektomi p.g.a. cancer  Annan indikation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Fortsätt med fråga 2* | | | |
|  | | | |
| ***1b.*** *Om thyreotoxikos,*  Grave´s sjukdom 🡪 *Gå till fråga 1C*  Multinodular toxic goitre  Toxiskt adenom  *Fortsätt med fråga 1d*  Thyroidit  Annan indikation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| **1c.***If* ***Grave’s disease*:** *oftalmopati*  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **1d. Subklinisk thyreotoxikos** | | | |
| Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **1e. Medicinsk behandling innan kirurgi** | | | |
| Ingen  Betablockerare  Tyreostatika  Thyroxin  Lugol´s lösning  Kortison | | |  |
|  | | | |
| **2. Intrathorakal struma** | | | |
| Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **3. S-Calcium**  Tillgänglig 🡪 total mmol/\_\_\_\_\_\_ (*värde mellan 1.80-4.50*) | | | |
|  | | | |
| **4. Cytologi (välj lämpligast alternativ)**  Ej utförd  Icke diagnostiskt eller felaktigt  Benign (Bethesda II) | | | |
| Atypi av oklar betydelse eller follikulär resistens av oklar signifikans (Bethesda III) | | | |
| Follikulär neoplasi eller suspekt follikulär neoplasm (Bethesda IV)  Misstänkt malignitet (Bethesda V)  Malignitet (Bethesda VI)  **4a. Om cytologi, ultraljudsledd finnålspunktion**  Ja  Nej | | | |
| **5. Biopsi (välj lämpligt svar)**  Ej utförd | | | |
| Ej representativt  Benign (Bethesda II)  Malignitet  Follikulär/oxyfil neoplasi  Cysta  Suspekt/misstänkt malignitet  (Bethesda VI) | | *Fyll i även fråga 6.* | |
| **5a. Ultraljud av thyroidea**  Ja 🡪 om ja, fortsätt till fråga 5b  Nej  **5b**. **EU-TIRADS**  Ej klassificerat  EU-TIRADS 1: ingen knöl  EU-TIRADS 2: Benign  EU-TIRADS 3: Låg risk (oval, ren kant, iso/hyperekoisk, inga högrisk kännetecken)  EU-TIRADS 4; Medelrisk (oval, ren kant, något hypoekoisk, inga högrisk kännetecken)  EU-TIRADS 5: högrisk kännetecken(icke-oval, oregelbunden kant, mikrokalcifikationer, utpräglad hypoekogenocitet)  **6. Ultraljudsledd biopsi**  Ja  Nej  **6a. Ultraljud av regionala lymfkörtlar**  Ja – om ja, fortsätt till fråga 6b.  Nej  **6b. EU-TIRADS**  Ej klassificerat  EU-TIRADS 1: ingen knöl  EU-TIRADS 2: Benign  EU-TIRADS 3: Låg risk (oval, ren kant, iso/hyperekoisk, inga högrisk kännetecken  EU-TIRADS 4; Medelrisk (oval,ren kant, något hypoekoisk, inga högrisk kännetecken  EU-TIRADS 5: högrisk kännetecken(icke-oval, oregelbunden kant, mikrokalcifikationer, utpräglad hypoekogenocitet)  **7. Tidigare thyroideaoperation**  Nej  bilateralt ingrepp  unilateralt ingrepp 🡪 Höger Vänster Okänt  oklar operationstyp | | | |
| **8. Indirekt eller direkt laryngoskopi (välj lämpligt alternativ)** | | | |
|  | | | |
| Ej utförd  Normal  Pares n laryngeus recurrens dexter (höger)  Pares n laryngeus recurrens sinister (vänster)  Bilateral pares av n laryngeus recurrens | | | |
| **9. Uppmätt PTH**  Nej  PTH under normalgräns  Normalt PTH  PTH över normalgräns | | | |
|  | | | |
| **OPERATION**  **10. Ansvarig kirurg för op\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Anonymt Kir ID)**    **Handledare vid operation**  **Ja,** 🡪 handledares anonyma Kir ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nej** | | | |
| **11. Operationsdatum:** **-- (ÅÅÅÅ-MM-DD)** | | | |
|  | | | |
| **12. Operationstid** (hud-hud) | | | |
| Ange 🡪 minuter\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*mellan 10-480*)  Data saknas | | | |
|  | | | |
| **13. Thyroidea operation** | | | |
| Ja 🡪  Nej | | | *Om Ja****,*** *välj lämpligt alternativ*  Trakeostomi (GBB00)  Biopsi av thyroidea (BAA00)  Exploration av thyroidea (BAA05)  Incision av thyroidea (BAA10)  Unilateral resektion av thyroidea (BAA20)  Bilateral resektion av thyroidea (BAA25)  Isthmus resektion of thyroid gland (BBA30)  Hemithyroidektomi (BAA40)  Lobektomi och resektion av kontralateral thyroidealob (BAA50)  Thyroidektomi (BAA 60)  Annan thyroideaoperation (BAA99)  Perkutan termisk ablation (RFA, MWA, HIFU)  (*RFA=Radiovågsablation MWA=Mikrovågsablation*  *HIFU=Högintensivt fokuserat ultraljud*) |
| **14. Kirurgisk teknik**  Halssnitt 🡪 Om ja, välj ett av alternativen nedan  konventionellt halssnitt (oavsett längd)  endoskopisk operation via medellinjesnitt (MIVAT)  Lateral approach  Extra cervikalt snitt 🡪 Om ja, välj ett av alternativen nedan  Transoral endoskopisk thyroidektomi vestibuläringrepp  Ingrepp via bröstkorgen  Ingrepp via armhåla  Facelift ingrepp  Annat………………………………………(fri text) | | | |
|  | | | |
| **15. Parathyroideaoperation (ej autotransplantation av thyroidea)** | | | |
| Ja 🡪  Nej | | | *Om ja, välj lämpligt alternativ*  Biopsi av parathyroideakörtlarna (BBA10)  Exploration parathyroideakörtlarna(BBA20)  Extirpation av parathyroidea (BBA30)  Subtotal parathyroidektomi (BBA40)  Parathyroidektomi (BBA50)  Annan parathyroideaoperation (BBA99) |
|  | | | |
| **16. Autotransplantation av thyroidea (BBA70)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **17. Lymfkörteloperation** | | | |
| Ja 🡪  Nej | *Om ja, välj lämpligt alternativ*  Exploration av lymfkörtlar inklusive biopsi (PJD10)  Extirpation av lymfkörtlar (PJD41)  Central lymfkörtelutrymning (PJD41) and ensidig lateral  lymfkörtelutrymning (PJD51)  Ensidig lateral halslymfkörtelutrymning (PJD51)  Bilateral lateral lymfkörtelutrymning (PJD51)  Unilateral central lymfkörtelutrymning (PJD4)  Bilateral central lymfkörtelutrymning (PJD41)  Bilateral central lymfkörtelutrymning **och** bilateral lateral lymfkörtelutrymning (PJD41 , PJD51)  **Skäl för lymfkörtelutrymning**  Profylaktisk  Terapeutisk  Diagnostik | | |
|  | | | |
| **18. Sternotomi (GAB20)**  Ja  Nej | | | |  |
| **19. Annan operation\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(fri text)** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **20. Identifiering av n laryngeus recurrens dexter (höger)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **21. Identifiering av n laryngeus recurrens sinister (vänster)**  Ja  Nej  **22. Intraoperativ nervmonitorering**  Ja 🡪 om ja, ange typ  intermittent nervmonitorering  Nej  kontinuerlig nervmonitorering (APS) | | | |
|  | | | |
| **23. Noterad skada på n laryngeus recurrens peroperativt**  vänster  höger Vid noterad skada, fyll i fråga 23a, 23b, 23c  bilateralt  ingen skada | | | |
| **23a Typ av skada på n laryngeus recurrens perop höger**  ingen  visuell  funktionell typ 1  funktionell typ 2  visuell och funktionell typ I  visuell och funktionell typ II  **23b.Typ av skada på n laryngeus recurrens perop vänster**  ingen  visuell  funktionell typ 1  funktionell typ 2  visuell och funktionell typ I  visuell och funktionell typ II  **23c. Medveten skada eller resektion av nervus recurrens**  Ja  Nej  **24. Ändring av kirurgiskt ingrepp -** Total thyroidektomi till hemithyroidektomi p.g.a. misstänkt nervskada på recurrensnerven  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **25. Identifiering av parathyroidea körtlar (number)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) | | | |
| **26. Autofluorescens teknik använd för identifiering av parathyroidea**  Ja  Nej  **27. Angiografi med ICG teknik**  Ja  Nej | | | |
| **POSTOPERATIVA DATA** | | | |
| **28. S-Calcium postop day 1**  total mmol/L\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **29. Hypocalcemi som krävt behandling med calcium per os**  Ja  Nej  **30. Hypocalcemi som krävt behandling med calcium iv**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **31. Indirekt eller direkt laryngoskopi**  Ej utförd 🡪 Om ej utförd ange orsak:  kliniska grunder (normal röst) normal IONM signal) andra skäl  Normal  pares n laryngeus recurrens dexter (höger)  pares n laryngeus recurrens sinister (vänster)  Bilateral pares av n laryngeus recurrens | | | |
| **31a. Skäl till postoperativ laryngoskopi**  Rutinundersökning enligt avdelningsrutiner (>90 % undersökta)  Riktad undersökning (heshet,utebliven IONM signal, morfologisk misstänkt nervskada | | | |
| **32. Oral kalciumterapi vid utskrivning p.g.a. hypoparathyroidism**  Ja 🡪besvara fråga 32a.  Nej  **32a. Skäl till Kalciumbehandling**  Preoperativ behandling p g a andra skäl än hypoparathyroidism  Behandling p g a klinikrutiner (Oavsett symptom eller Kalcium och PTH värde)  Behandling p g a hypoparathyroidism . | | | |
|  | | | |
| **33. Behandling med vitamin D p.g.a. hypoparathyroidism vid utskrivning**  Ja -🡪besvara fråga 34  Nej  **34. Skäl till vitamin D behandling**  Preoperativ behandling p g a andra skäl än hypoparathyroidism  Behandling p g a klinikrutiner (oavsett symptom eller kalcium och PTH värde)  Behandling p g a hypoparathyroidism .  **35. Uppmätt PTH**  Nej  PTH under normalgräns  Normalt PTH  PTH över normalgräns | | | |
|  | | | |
| **36. Reoperation för blödning (T81.0)**  Ja  Nej | | | |
|  | | | |
| **37. I förekommande fall, andra allvarliga komplikationer**  ICD kod **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **38. Datum för utskrivning** **-****-(ÅÅÅÅ-MM-DD)**  **39. Om avliden, ange dödsdatum** **-****-(ÅÅÅÅ-MM-DD)** | | | |  |
|  | | | |