

### Ontslag

Ontslag datum:

\_2\_0\_  
d d m m m J J J J

Ontslag naar:

- Thuissituatie zonder zorg  
 Thuissituatie met mantelzorg  
 Thuissituatie met thuiszorg  
 Extramurale instelling (verzorgings- / verpleeghuis)

### Postoperatieve complicaties

Heeft de patiënt een of meerdere postoperatieve complicaties doorgemaakt?

 Ja, Indien ja specificeer :  Nee

Aard complicatie: (Meerdere antwoorden mogelijk)

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Wondinfectie           | <input type="checkbox"/> Naadlekkage | <input type="checkbox"/> Thrombose                                 |
| <input type="checkbox"/> Fascie dehiscentie     | <input type="checkbox"/> Dehydratie  | <input type="checkbox"/> Pneumonie                                 |
| <input type="checkbox"/> Intra-abdominaal abces | <input type="checkbox"/> Ileus       | <input type="checkbox"/> Myocardinfarct                            |
| <input type="checkbox"/> Stoma dysfunctie:      | <input type="checkbox"/> Bloeding    | <input type="checkbox"/> Obstructie                                |
| - <input type="checkbox"/> stomaprolaps         | <input type="checkbox"/> Delerium    | <input type="checkbox"/> Urineretentie                             |
| - <input type="checkbox"/> parastomale hernia   |                                      | <input type="checkbox"/> Ureterlekkage                             |
| - <input type="checkbox"/> high output stoma    |                                      | <input type="checkbox"/> CVA                                       |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Lokale infectie behandeld met Antibiotica |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Misselijkheid waarvoor antiemetica        |

 Anders nl. \_\_\_\_\_

Is er een interventie verricht gedurende de opname voor deze complicatie?:

 Ja  Nee

- Zo ja, wat voor type interventie:  Chirurgisch Aantal reïnterventies:
- Radiologisch Aantal reïnterventies:
- Endoscopisch Aantal reïnterventies:
- Medicamenteus



Patient Identification Number:

Pag 2 van 4

In geval van chirurgische interventie, specificeer:

- Relaparotomie
- Relaparoscopie
- Chirurgische drainage
- Wond geopend aan het bed
- Anders nl. \_\_\_\_\_

Verliep deze interventie gecompliceerd?

Ja

Nee

Zo ja, waardoor \_\_\_\_\_

In geval van farmacologische interventie met welk medicijn (dosering+ duur behandeling):  
\_\_\_\_\_

### Outcome

- Hersteld
- Herstellende
- Niet hersteld
- Hersteld met nawerking
- Fataal
- Onbekend

### Serious Adverse Event (SAE)?

- Patiënt overleden  
Datum:            
          d d m m m J J J J
- Levensbedreigend
- (Verlenging) opname
- Blijvende invaliditeit
- Geen van bovenstaande: Niet-serieus

**Indien Patiënt is overleden  
betreft het een SAE met een  
meldingsplicht! Graag dit  
meteen melden aan  
w.a.borstlap@amc.uva.nl**



### Postoperatieve Anemie

#### Lab waardes dag 1 postoperatief

Datum van bloedafname

   |    | 2 | 0 |      
d d m m m J J J J

Hemoglobine level

  |   mmol/L

Transferrine Saturation level (TSAT)

  | %

Ferritine

  |   ng/mL

Hematocriet

  | %

CRP

  | mg/L

#### Lab waardes dag 7 postoperatief

*(Indien patiënt al met ontslag is kunt u dit veld oningevuld laten)*

Datum van bloedafname

   |    | 2 | 0 |      
d d m m m J J J J

Hemoglobine level

  |   mmol/L

Transferrine Saturation level (TSAT)

  | %

Ferritine

  |   ng/mL

Hematocriet

  | %

CRP

  | mg/L

### Postoperatieve ijzersuppletie

Heeft patiënt ijzersuppletie ontvangen na de operatie :  Ja  NeeHeeft patiënt een bloedtransfusie ontvangen gedurende de opname:  Ja  Nee

# CRF-6

## Ontslag Verklaring lokale onderzoeker

Patient Identification Number:

Pag 4 van 4

Zo ja, wat was het Hemoglobine level voorafgaand aan de bloedtransfusie:    |   |  mmol/L

Datum van bloedtransfusie

|    |  2  0     
d d m m m J J J J

### IC opname

Is de patiënt op de IC opgenomen geweest?  Ja , aantal dagen:      Nee

### Verklaring lokale onderzoeker

Hierbij verklaar ik dat alle pagina's van dit CRF-deel (ontslag) op compleetheid en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Datum:

|    |  2  0     
d d m m m J J J J

Naam onderzoeker: \_\_\_\_\_

Handtekening onderzoeker: \_\_\_\_\_

### !PM! :

- Is is er een bloedafname aanvraag (Hb, TSAT, Ferritine, HCT, CRP) meegegeven aan patiënt voor dag 7, week 4, 8 en week 12 postoperatief?
- Poli-afspraak gemaakt 1 en 6 maanden postoperatief?
- Is de patiënt herinnert aan invullen FACT-an vragenlijst 2 weken na de operatie?
- Graag ontslagbrief sturen samen met CRF naar Academisch Medisch Centrum. T.a.v. W.A.A Borstlap afdeling chirurgie G4 Postbus 22660 1100 DD Amsterdam, Bedankt!



