

REGISTRERINGSSKEMA for Databasen for behandling af svær overvægt (DBSO)

På hvilke patienter skal dette skema udfyldes?

Alle patienter (alder 18+) der undergår en fedmekirurgisk operation

Patientnavn og CPR-nr. <i>eller</i> label	CPR-nr.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Navn: _____				
Afdeling /klinik:	Navn Klinik: _____ Eller <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Sygehuskode</td> <td style="border: none; text-align: center;">Afdelingskode</td> </tr> </table>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _	Sygehuskode	Afdelingskode
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _				
Sygehuskode	Afdelingskode				
Patientens højde:	Højde (cm) : _ _ _ _ _				

PRÆOPERATIVT: Udfyldes i forbindelse med forundersøgelsen																	
Sted: <i>Hospital/afdeling /klinik hvor forundersøgelse finder sted</i>	Navn Klinik: _____ Eller <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Sygehuskode</td> <td style="border: none; text-align: center;">Afdelingskode</td> </tr> </table>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Sygehuskode	Afdelingskode												
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																
Sygehuskode	Afdelingskode																
Dato for første kontakt	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td> </tr> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>å</td><td>å</td><td>å</td><td>å</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	d	d	m	m	å	å	å	å
_	_	_	_	_	_	_	_										
d	d	m	m	å	å	å	å										
Udgangsvægt (kg):	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	_ _ _ _															
_ _ _ _																	
LEDSAGENDE SYGDOMME: Diagnosen skal være behandlingskrævende for at skulle registreres																	
Obstruktiv søvnapnø (CPAP-behandlet):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																
PCO (PolyCystisk OvarieSyndrom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																

Re-do sleeve på tidligere fedmekirurgisk indgreb	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Hvis ja Angiv årsag(mere end et kryds muligt)</i> <input type="checkbox"/> Insufficcient væggtab <input type="checkbox"/> Smerter <input type="checkbox"/> Andet skriv hvad _____ _____ _____
---	--

FOLLOW-UP	<input type="checkbox"/> Ikke fremmødt (aflyst aftale eller ikke mødt til aftalt kontrol)																
Dato angives ved hver kontrol:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">d</td> <td style="border: none;">d</td> <td style="border: none;">m</td> <td style="border: none;">m</td> <td style="border: none;">å</td> <td style="border: none;">å</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>									d	d	m	m	å	å		
d	d	m	m	å	å												
Vægt (kg):	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> <td style="border: none;"> </td> </tr> </table>																
LEDSAGENDE SYGDOMME: Diagnosen skal være behandlingskrævende for at skulle registreres																	
Obstruktiv søvnapnø (CPAP-behandlet):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																
PCO (PolyCystisk OvarieSyndrom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																
Substitutionsbehandling	<p>Jern</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Hvis ja, angiv compliance:</i> <input type="checkbox"/> Fuld <input type="checkbox"/> Delvis																
	<p>Kalk m D-vitamin</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Hvis ja, angiv compliance:</i> <input type="checkbox"/> Fuld <input type="checkbox"/> Delvis																
	<p>B12</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Hvis ja, angiv compliance:</i> <input type="checkbox"/> Fuld <input type="checkbox"/> Delvis																
	<p>Multivitamin</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Hvis ja, angiv compliance:</i> <input type="checkbox"/> Fuld <input type="checkbox"/> Delvis																