

# Dutch Lung Surgery Audit. Landelijke registratie van longresecties en overige thoracale chirurgie - 2022



\* = verplicht, \*\* = verplicht door validatie regel

dlcas-2022 erats - Resectie longcarcinoom  
Versie: 2022-04-28 - 1.1.3 (Interne code: dlcas-2022)

## Patiëntgegevens

### Patiënt identificatie

Zorginstelling *		
Uniek Patiëntnummer *		
Land Burger Service Nummer *	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Duitsland
	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Zweden
	<input type="checkbox"/> Anders/Onbekend	
Burger Service Nummer *		

### Naamgegevens

Voorvoegsels	
Geslachtsnaam *	

### Persoonsgegevens

Geboortedatum *		
Geslacht *	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
	<input type="checkbox"/> Ongedifferentieerd	<input type="checkbox"/> Onbekend
Land (Woonadres) *		
Postcode *		
Datum overlijden (indien van toepassing)		

## Comorbiditeiten

### Comorbiditeiten

Klik ja, om eerder geregistreeerde comorbiditeiten over te nemen in het record dat u gaat toevoegen.	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
--	------------------------------	-----------------------------

## Comorbiditeiten 1

### Algemeen

Datum comorbiditeiten Dit betreft de datum waarop de bepaling van deze comorbiditeiten is vastgesteld. Deze datum is vaak gelijk aan 'consult datum' of 'operatiedatum'. N.B. Indien de comorbiditeitsstatus van de patiënt is gewijzigd sinds uw vorige invoer, maakt u een nieuw record voor deze patiënt aan. *	
--	--

### Pulmonaal

Chronische longziekte	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
COPD/ CARA/ emfyseem/ chron. bronch.	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Longfibrose	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Status na longtransplantatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Cardiaal

Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Myocardinfarct	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
PTCA	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
CABG	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Kleplijden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Klepvervang	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Atriumfibrilleren/-flutter	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hartritmestoornis (excl. atriumfibrilleren)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Decompensatio cordis	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Congestief hartfalen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Status na harttransplantatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Vasculair

Perifeer vaatlijden/aneurysma aorta	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Perifeer stenoserend vaatlijden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Aneurysma aorta	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hypertensie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Carotis stenose	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Stolling

DVT/trombosebeen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Longembolie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Verminderde stolling	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Comorbiditeiten 2

### Neurologisch

Cerebrovasculaire aandoening (o.a. CVA/TIA)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Para-/hemiplegie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Dementie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

### Maag-Darm

Gastrointestinaal ulcuslijden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	------------------------------	-----------------------------

### Urogenitaal

Nierziekte	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
------------	------------------------------	-----------------------------

### Spieren en gewrichten

Bindweefselziekte (o.a. reumatoïde ziekten)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

### Infectieziekten

HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

### Let op: onderstaande comorbiditeiten dient u handmatig in te vullen

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Zonder chronische complicaties	
		<input type="checkbox"/> Met chronische complicaties	
Leverziekte	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Mild	<input type="checkbox"/> Ernstig
Maligniteit (excl. PCC of BCC van de huid)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet gemetastaseerd	
		<input type="checkbox"/> Gemetastaseerd	

Verrichting			
Zorginstelling *			
Ziekenhuis patiëntnummer *			
Verrichting en datum			
Kies verrichting *	<input type="checkbox"/> Resectie longcarcinoom <input type="checkbox"/> Metastasectomie	<input type="checkbox"/> Mediastinumchirurgie <input type="checkbox"/> Overige ingreep (geen reïnterventies)	
Datum van verrichting *			
Voorgeschiedenis			
Eerdere longresectie(s) middels een thoraxoperatie? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, contralateraal <input type="checkbox"/> Ja, mediaan lijn	<input type="checkbox"/> Ja, ipsilateraal <input type="checkbox"/> Ja, beiderzijds <input type="checkbox"/> Onbekend	
Type resectie voorafgaande thoraxoperatie	<input type="checkbox"/> Pneumonectomie <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Wigresectie <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> (Bi)lobectomie <input type="checkbox"/> Segmentresectie <input type="checkbox"/> Anders	
Soort thoraxoperatie indien anders:			
Hoeveel maanden geleden is de laatste longresectie middels thoraxoperatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
Heeft de patiënt eerder (chemo)radiotherapie ondergaan op de thorax?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> Ja, op het mediastinum <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja, ipsilateraal <input type="checkbox"/> Ja, contralateraal	
ECOG performance status	<input type="checkbox"/> 0. ECOG 0 (Normale activiteit) <input type="checkbox"/> 2. ECOG 2 <input type="checkbox"/> 4. ECOG 4	<input type="checkbox"/> 1. ECOG 1 <input type="checkbox"/> 3. ECOG 3	
Pre-operatief			
Is de patiënt verwezen uit een ander ziekenhuis? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend		
Uit welk ziekenhuis is de patiënt verwezen?			
Datum 1e bezoek longarts voor desbetreffende tumor/afwijking.	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Datum onbekend		
Datum 1e bezoek chirurg in opererend centrum *			
Lengte van de patiënt in cm			
Gewicht van de patiënt in kg			
ASA score	<input type="checkbox"/> I-Normale gezonde patiënt <input type="checkbox"/> III-Ernstige systemische ziekte <input type="checkbox"/> V-Moribund	<input type="checkbox"/> II-Milde systemische ziekte <input type="checkbox"/> IV-Constant levensbedreigende systemische ziekte	
Predicted FEV1 % (als percentage van normaal)	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
DLCO SB % (als percentage van normaal)	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
VO2 max ml/kg/min	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
Diagnostiek			
Datum waarop pathologische diagnose gesteld is.			
Datum waarop beeldvormend onderzoek is verricht op basis waarvan het behandeltraject is ingezet.			
Is er een CT-scan verricht?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend		
Is er een PET-scan verricht? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend		
Datum laatste CT-scan of PET-CT-scan.			

## PET-Scan

Is de primaire tumor FDG-positief op de PET scan?

☐ Nee

☐ Ja

☐ Onbekend

## Petscan

Lymfeklierstation 2 links verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 2 rechts verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 3 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 4 links verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 4 rechts verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 5/6 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 7 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 8 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 9 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 10 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 11 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 12-14 verdacht voor metastase?

☐ Nee

☐ Ja

## EUS

Is er een EUS verricht? \*\*

☐ Nee

☐ Ja

☐ Onbekend

PA-nummer (TJJ-CCCCC) \*\*

☐ .....

☐ Onbekend

☐ Niet afgenomen

PA laboratorium \*\*

## EUS

Lymfeklierstation 4 links gepuncteerd via EUS

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 4 links via EUS positief?

☐ Negatief

☐ Positief

☐ Geen representatief materiaal

Lymfeklierstation 4 rechts gepuncteerd via EUS

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 4 rechts via EUS positief?

☐ Negatief

☐ Positief

☐ Geen representatief materiaal

Lymfeklierstation 7 gepuncteerd via EUS

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 7 via EUS positief?

☐ Negatief

☐ Positief

☐ Geen representatief materiaal

Lymfeklierstation 8 gepuncteerd via EUS

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 8 via EUS positief?

☐ Negatief

☐ Positief

☐ Geen representatief materiaal

Lymfeklierstation 9 gepuncteerd via EUS

☐ Nee

☐ Ja

Lymfeklierstation 9 via EUS positief?

☐ Negatief

☐ Positief

☐ Geen representatief materiaal

## EBUS

Is er een EBUS verricht? \*\*

☐ Nee

☐ Ja

☐ Onbekend

PA-nummer (TJJ-CCCCC) \*\*

☐ .....

☐ Onbekend

☐ Niet afgenomen

PA laboratorium \*\*

## EBUS

Lymfeklierstation 2 links gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 2 links via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 2 rechts gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 2 rechts via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 4 links gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 4 links via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 4 rechts gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 4 rechts via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 7 gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 7 via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 10 gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 10 via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 11 gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 11 via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	
Lymfeklierstation 12 gepuncteerd via EBUS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 12 via EBUS positief?	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	

## Mediastinoscopie

Is er een mediastinoscopie/-tomie verricht? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
PA-nummer (TJJ-CCCCC) **	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Niet afgenomen
PA laboratorium **			
Heeft de mediastinoscopie/-tomie ter stadiëring elders plaats gevonden?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

## Datum mediastinoscopie ter stadiëring

Datum waarop de mediastinoscopie ter stadiëring heeft plaatsgevonden	
--	--

## Afronding diagnostiek

Is er in geval van (verdenking op) een primair longcarcinoom pre-operatief een weefsel diagnose gesteld?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er peroperatief vriescoupe onderzoek verricht om de weefsel diagnose vast te stellen? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
PA-nummer (TJJ-CCCCC) **	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Niet afgenomen
PA laboratorium **			
Wat was de uitslag van het vriescoupe onderzoek?	<input type="checkbox"/> Benigne	<input type="checkbox"/> Maligne	
Is de patiënt besproken in een preoperatief multidisciplinair team?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum bespreking MDO	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Datum onbekend	

Was de cTNM bij preoperatief MDO bekend?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Klinisch T-stadium (volgens TNM 8e editie) ten tijde van het laatste MDO, voor de eerste behandeling.	<input type="checkbox"/> TX	<input type="checkbox"/> T0	
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1a(mi)	
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> T1b	
	<input type="checkbox"/> T1c	<input type="checkbox"/> T2a	
	<input type="checkbox"/> T2b	<input type="checkbox"/> T3	
	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T-stadium onbekend	
Klinisch N-stadium (volgens TNM 8e editie) ten tijde van het laatste MDO, voor de eerste behandeling.	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1	
	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N3	
	<input type="checkbox"/> Nx / N-stadium onbekend		
Klinisch M-stadium (volgens TNM 8e editie) ten tijde van het laatste MDO, voor de eerste behandeling.	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1a	
	<input type="checkbox"/> M1b	<input type="checkbox"/> M1c	
	<input type="checkbox"/> M-stadium onbekend		
Is er sprake van een centrale tumor?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

Neo-adjuvante therapie		
Werd de patiënt voor de operatie systemisch of radiotherapeutisch behandeld? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
In welke setting vond deze behandeling plaats? **	<input type="checkbox"/> Neo-adjuvante setting*	Systemische therapie en/of radiotherapie was de primaire behandeling, nu operatie in verband met een lokaal recidief of een second primary lung carcinoma (SPLC)**
	<input type="checkbox"/> Systemische therapie en/of radiotherapie was de primaire behandeling, nu operatie in verband met een (intrapulmonale) metastase ***	Systemische therapie en/of radiotherapie was de primaire behandeling, nu operatie als 'salvage' therapie ****
	<input type="checkbox"/> De patiënt is in de voorgeschiedenis behandeld met systemische therapie of radiotherapie voor een longcarcinoom en valt niet binnen één van bovenstaande opties	

### Heeft er een inductiebehandeling plaats gevonden?

Concurrent chemoradiatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Sequentieel chemotherapie en radiotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Targeted therapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Immunotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Onbekend	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Vond er restadiëring plaats na deze therapie en door middel van welke techniek?	<input type="checkbox"/> Geen restadiëring	<input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> EUS	<input type="checkbox"/> EBUS
	<input type="checkbox"/> Mediastinoscopie	
T-stadium (volgens TNM8e editie) ná restadiëring	<input type="checkbox"/> TX	<input type="checkbox"/> T0
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1a(mi)
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> T1b
	<input type="checkbox"/> T1c	<input type="checkbox"/> T2a
	<input type="checkbox"/> T2b	<input type="checkbox"/> T3
	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T-stadium onbekend
N-stadium (volgens TNM8e editie) ná restadiëring	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1
	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> N3
	<input type="checkbox"/> Nx / N-stadium onbekend	
M-stadium (volgens TNM8e editie) ná restadiëring	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1a
	<input type="checkbox"/> M1b	<input type="checkbox"/> M1c
	<input type="checkbox"/> M-stadium onbekend	

Resecties	
Operateur 1	
Operateur 2	

Toegang thorax	<input type="checkbox"/> VATS <input type="checkbox"/> UVATS <input type="checkbox"/> UVATS, geconverteerd naar thoracotomie <input type="checkbox"/> RATS, geconverteerd naar thoracotomie <input type="checkbox"/> Sternotomie <input type="checkbox"/> Clamshell (OUD, NIET ZICHTBAAR)	<input type="checkbox"/> VATS, geconverteerd naar thoracotomie <input type="checkbox"/> UVATS, geconverteerd naar VATS <input type="checkbox"/> RATS <input type="checkbox"/> Thoracotomie <input type="checkbox"/> Anders
Indien anders:		
Reden voor conversie	<input type="checkbox"/> Reactieve conversie	<input type="checkbox"/> Strategische conversie
Zijde	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Beiderzijds	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Midsternaal
Urgentie operatie *	<input type="checkbox"/> Electief	<input type="checkbox"/> Urgent
		<input type="checkbox"/> Acuut
Aantal resecties	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 of meer

## Procedure I

Welke procedure werd gebruikt voor de grootste hoeveelheid parenchym? *	<input type="checkbox"/> (Pleuro)Pneumonectomie <input type="checkbox"/> Lobectomy <input type="checkbox"/> Wigresectie <input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> Bilobectomy <input type="checkbox"/> Segmentresectie (anatomisch!) <input type="checkbox"/> Proefthoracotomie/-scopie
Aan welke zijde vond deze resectie plaats?	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts
Welke kwabben zijn verwijderd bij de bilobectomy?	<input type="checkbox"/> Boven- en middenkwab	<input type="checkbox"/> Onder- en middenkwab
Welke kwab is verwijderd bij de lobectomy?	<input type="checkbox"/> Onderkwab <input type="checkbox"/> Bovenkwab	<input type="checkbox"/> Middenkwab
Uit welke kwab is weefsel verwijderd bij de segmentresectie?	<input type="checkbox"/> Onderkwab <input type="checkbox"/> Bovenkwab	<input type="checkbox"/> Middenkwab
Sleeversectie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Arteriele sleeve	<input type="checkbox"/> Bronchiale sleeve <input type="checkbox"/> Dubbel sleeve
Indien anders:		
Aanvullende verrichtingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Procedure

Bronchusplastiek	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Pancoastresectie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Thoraxwandresectie (excl pancoast)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Diafragma resectie (partieel)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Pericard resectie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Cardiale operatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Vaatreconstructie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Overige verrichtingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Welke overige verrichtingen?		

## Procedure II

Procedure II	<input type="checkbox"/> Lobectomy <input type="checkbox"/> Wigresectie	<input type="checkbox"/> Segmentresectie (anatomisch!)
Aan welke zijde vond deze resectie plaats?	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts
Lobectomy (procedure II)	<input type="checkbox"/> Onderkwab <input type="checkbox"/> Bovenkwab	<input type="checkbox"/> Middenkwab
Segmentresectie (procedure II)	<input type="checkbox"/> Onderkwab <input type="checkbox"/> Bovenkwab	<input type="checkbox"/> Middenkwab

## Postoperatief beloop

Peroperatief bloedverlies (aantal cc)		
Peroperatief bloedverlies	<input type="checkbox"/> 0-500 cc <input type="checkbox"/> 1000-2000 cc <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> 500-1000 cc <input type="checkbox"/> > 2000 cc
Bloedtransfusie tijdens opname gegeven?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Onbekend

Totaal aantal dagen op de IC	
Complicaties binnen 30 dagen na resectie? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend

## Complicaties

Heeft er een complicatie van de luchtwegen plaatsgevonden (bijv. luchtlekkage)? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke complicatie van de luchtwegen heeft er plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Luchtlekkage meer dan 5 dagen <input type="checkbox"/> Bronchopleurale fistel (direct ontstaan) <input type="checkbox"/> Trachealetsel <input type="checkbox"/> Andere complicatie van de luchtwegen
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een trombo-embolische complicatie plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke trombo-embolische complicatie is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> TIA/CVA <input type="checkbox"/> Longembolie <input type="checkbox"/> Andere trombo-embolische complicatie
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een cardiale complicatie plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke cardiale complicatie is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> Supraventriculaire ritmestoornis <input type="checkbox"/> Myocard ischemie <input type="checkbox"/> Hartfalen <input type="checkbox"/> Ventriculaire ritmestoornis <input type="checkbox"/> Myocard infarct <input type="checkbox"/> Andere cardiale complicatie
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een infectieuze complicatie plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke infectieuze complicatie is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> Bronchopneumonie <input type="checkbox"/> Empyeem (zonder bronchopleurale fistel) <input type="checkbox"/> Infectie na mediastinumchirurgie <input type="checkbox"/> Wondinfectie <input type="checkbox"/> Empyeem (met bronchopleurale fistel) <input type="checkbox"/> Andere infectieuze complicatie
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er respiratoir falen plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke respiratoire complicatie is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> meer dan 24 h postoperatief mechanisch beademd <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Andere respiratoire complicatie <input type="checkbox"/> Longoedeem <input type="checkbox"/> Astma aanval
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een urologische complicatie plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke urologische complicatie is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> Urineweginfectie <input type="checkbox"/> Acute nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Urine retentie <input type="checkbox"/> Andere urologische complicatie
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V <input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een andere complicatie gerelateerd aan de procedure plaatsgevonden (bijv. nabloeding)? **	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Welke andere complicatie gerelateerd aan de procedure is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> Chylothorax <input type="checkbox"/> Laesie N. recurrens <input type="checkbox"/> Andere complicatie ten gevolge van de procedure <input type="checkbox"/> Nabloeding <input type="checkbox"/> Laesie N. phrenicus



Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft er een algemene complicatie ten gevolge van de opname plaatsgevonden? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Welke algemene complicatie ten gevolge van de opname is opgetreden? **	<input type="checkbox"/> Delier <input type="checkbox"/> Ileus <input type="checkbox"/> Andere algemene complicatie ten gevolge van de opname	<input type="checkbox"/> Psychiatrische stoornis (anders dan delier) <input type="checkbox"/> Allergische reactie
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I <input type="checkbox"/> Graad IIIa <input type="checkbox"/> Graad IVa <input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Graad II <input type="checkbox"/> Graad IIIb <input type="checkbox"/> Graad IVb <input type="checkbox"/> Onbekend
Nabloeding waarvoor reïnterventie *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, waarvoor embolisatie <input type="checkbox"/> Ja, waarvoor overige ingreep	<input type="checkbox"/> Ja, waarvoor drainage <input type="checkbox"/> Ja, waarvoor operatie
Luchtlekkage (meest ernstige) *	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Trachealetsel <input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> Luchtlek > 5 dagen <input type="checkbox"/> Bronchopleurale fistel (direct ontstaan)
Bronchopneumonie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, antibiotica gegeven
Infectie (meest ernstige)	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Empyeem (zonder bronchopleurale fistel) <input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> Wondinfectie <input type="checkbox"/> Empyeem (met bronchopleurale fistel)
Chylothorax	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Luchtwegobstructie (meest ernstige)	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Torsie restlong	<input type="checkbox"/> Atelectase <input type="checkbox"/> Anders
Laesie n. Recurrens	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Oncologisch noodzakelijk
Laesie n. Phrenicus	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Oncologisch noodzakelijk
Respiratoir falen (meest ernstige)	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> ARDS	<input type="checkbox"/> Longoedeem <input type="checkbox"/> Anders
Reïntubatie noodzakelijk vanwege respiratoir falen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Cardiaal incident (meest ernstige)	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Ventriculaire ritmestoornis <input type="checkbox"/> Myocard infarct <input type="checkbox"/> Cardiaal anders	<input type="checkbox"/> Supraventriculaire ritmestoornis <input type="checkbox"/> Myocard ischemie <input type="checkbox"/> Hartfalen
Trombotisch incident (meest ernstige)	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Longembolie <input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> TIA/CVA
Overige complicaties	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Vond er een reïnterventie plaats? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Percutane procedure <input type="checkbox"/> Reoperatie: VATS óf Thoracotomie <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Bronchoscopie <input type="checkbox"/> Anders
Aantal dagen op IC i.v.m. complicatie *	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was de reden voor de verlengde ICU opname of heropname op de ICU?	<input type="checkbox"/> Single-orgaanfalen <input type="checkbox"/> ICU opname om andere redenen <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Multi-orgaanfalen <input type="checkbox"/> Anders
Indien anders:		
Houdt de patiënt mogelijk blijvend letsel over aan de complicatie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Is de patiënt na de operatie besproken in een multidisciplinair team? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend

Histopathologie	
PA-nummer (TJJ-CCCCC) **	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend
	<input type="checkbox"/> Niet afgenomen

PA laboratorium **		
Histologisch type (indien voorbehandeling zonder tumorrest, vul dan de oorspronkelijke PA in) *	<input type="checkbox"/> Geen / Benigne	<input type="checkbox"/> Typisch carcinoïd
	<input type="checkbox"/> Atypisch carcinoïd	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoom
	<input type="checkbox"/> Plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Adenosquameus carcinoom
	<input type="checkbox"/> Grootcellig carcinoom	<input type="checkbox"/> Kleincellig longcarcinoom
	<input type="checkbox"/> Grootcellig neuroendocrien	<input type="checkbox"/> Mesothelioom
	<input type="checkbox"/> Niet nader omschreven	<input type="checkbox"/> Anders
Wat houdt geen/benigne in? **	<input type="checkbox"/> Geen afwijkingen aan longweefsel	<input type="checkbox"/> Infectieus beeld
	<input type="checkbox"/> Overige benigne pathologie	
Welke andere histopathologie?		
Presentatie **	<input type="checkbox"/> 1e Primaire longtumor	<input type="checkbox"/> 2e Primaire longtumor
	<input type="checkbox"/> Recidief tumor	
Diameter tumor (mm) **	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Tx	<input type="checkbox"/> T0
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1a(mi), minimaal invasief
	<input type="checkbox"/> onbekend	
Locatie tumor **	<input type="checkbox"/> Bovenkwab rechts	<input type="checkbox"/> Middenkwab rechts
	<input type="checkbox"/> Onderkwab rechts	<input type="checkbox"/> Bovenkwab links
	<input type="checkbox"/> Onderkwab links	<input type="checkbox"/> Lingula
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Is er naast de primaire tumor sprake van (een) separate tumornodus/noduli in de long? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Locatie 2e tumornodus **	<input type="checkbox"/> Bovenkwab rechts	<input type="checkbox"/> Middenkwab rechts
	<input type="checkbox"/> Onderkwab rechts	<input type="checkbox"/> Bovenkwab links
	<input type="checkbox"/> Onderkwab links	<input type="checkbox"/> Lingula
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Gaat het om een 2e primaire tumor? **	<input type="checkbox"/> Nee, een separate nodule/metastase	<input type="checkbox"/> Ja
Is er sprake van tumorinvasie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Invasie

Is er betrokkenheid van/ uitbreiding tot de hoofdbronchus? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de pleura visceralis **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de thoraxwand; inclusief pariëtale pleura en sulcus superior tumoren **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de n. phrenicus **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in het pericard pariëtalis **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in het diafragma **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in het mediastinum **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in het hart **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de grote vaten **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de trachea **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de n. recurrens **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de oesofagus **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de wervel(s) **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Invasie in de carina **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is het pathologisch T-stadium zoals hierboven geaggregeerd correct?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Correcte pathologisch T-stadium	<input type="checkbox"/> TX	<input type="checkbox"/> T0
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1a(mi)
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> T1b
	<input type="checkbox"/> T1c	<input type="checkbox"/> T2a
	<input type="checkbox"/> T2b	<input type="checkbox"/> T3
	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T-stadium onbekend

## Lymfeklierstations

Dissectie/sampling lymfeklierstation 2 links? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
--	------------------------------	-----------------------------

Lymfeklierstation 2 links positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 2 rechts? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 2 rechts positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 4 links? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 4 links positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 4 rechts? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 4 rechts positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation(s) 5-6? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 5/6 positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 7? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 7 positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 8? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 8 positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 9? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 9 positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 10 links? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 10 links positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 10 rechts? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 10 rechts positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 11 links? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 11 links positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie/sampling lymfeklierstation 11 rechts? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 11 rechts positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Dissectie lymfeklierstation 12-14? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Lymfeklierstation 12-14 positief? **	<input type="checkbox"/> Negatief <input type="checkbox"/> Geen representatief materiaal	<input type="checkbox"/> Positief
Is het pathologisch N-stadium zoals hierboven geaggregeerd correct?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Correcte pathologisch N-stadium	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> Nx / N-stadium onbekend	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N3
Is er sprake van maligne effusie bij cytologisch onderzoek?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, maligne pericard-effusie	<input type="checkbox"/> Ja, maligne pleura-effusie
PA-nummer (CJJ-CCCCC) **	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Niet afgenomen
PA laboratorium **		
Zijn er metastasen op afstand (M-stadium)? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Locatie metastase(n)

Separate tumornodu/-noduli in een contralaterale longkwab **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Pleurale nodus/noduli **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Eén extrathoracale metastase **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Meerdere extrathoracale metastasen **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is het pathologisch M-stadium zoals hierboven geaggregeerd correct?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Correcte pathologisch M-stadium	<input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1b <input type="checkbox"/> M-stadium onbekend	<input type="checkbox"/> M1a <input type="checkbox"/> M1c
Radicaliteit resectie **	<input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R2	<input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> Onbekend
Afstand tot bronchusresectievlak (mm)	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend	
Reden waarom een R1 of R2 resectie **	<input type="checkbox"/> Irradicale resectievlakken <input type="checkbox"/> Achtergebleven extranodale groei N2-klier <input type="checkbox"/> Macroscopisch achtergebleven tumor	<input type="checkbox"/> Achtergebleven extranodale groei N1-klier <input type="checkbox"/> Tumorcellen in pleuravocht
Is er een re-resectie uitgevoerd n.a.v. de irradicale resectie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Adjuvante therapie

### Is er adjuvante therapie gegeven?

Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Radiotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Biological	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Immunotherapie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Overlevingsstatus bij ontslag/30 dagen postoperatief

Datum ontslag (of overlijden) *		
Vond er een heropname plaats?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Wat is de vitale status van de patiënt? *	<input type="checkbox"/> In leven bij ontslag/30 dagen na resectie <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Overleden tijdens de opname/30 dagen na resectie
Doodsoorzaak	<input type="checkbox"/> Dood door pulmonale aandoening <input type="checkbox"/> Dood door andere oorzaak	<input type="checkbox"/> Dood door gevolgen operatie <input type="checkbox"/> Doodsoorzaak onbekend
Doodsoorzaak andere oorzaak:		

## Akkordering

De arts kan hier aanvinken dat de gegevens van de patiënt compleet en correct zijn.	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

## COVID-19 module

### Generieke COVID-19 module

Was er in de periode voor de opname tot 30 dagen na de opname sprake van een (klinische) verdenking of een test op een SARS-CoV-2 besmetting?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Opnamedatum of, indien niet beschikbaar, datum behandeling *		
Is patiënt getest op een SARS-CoV-2 besmetting door middel van een CT-thorax, RT-PCR of een andere specifieke labtest?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend

Wat was de datum van de eerste verdenking op SARS-CoV-2 besmetting? [ICD-10: U07.2 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Geen verdenking	<input type="checkbox"/> Onbekend
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de datum van de eerste specifieke test op SARS-CoV-2 besmetting? [ICD-10: U07.1 of U07.2 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de datum van de eerste positieve labtest op SARS-CoV-2? [ICD-10: U07.1 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Geen positieve test	<input type="checkbox"/> Onbekend
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de uiteindelijke status ten aanzien van SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 uitgesloten middels labtest (PCR, serologie)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 verdenking, maar niet aangetoond d.m.v. labtest [ICD-10: U07.2]	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 vastgesteld middels labtest (PCR, serologie) [ICD-10: U07.1]
	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 vastgesteld middels CT scan (CORADS score 4/5)		

## COVIDSURG II Snapshot studie

Doet u voor deze registratie mee met de COVIDSURG II Snapshot studie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

Preoperatieve COVID klachten			
Is er bij patient rondom de operatie een klinische verdenking of test op SARS-CoV-2 besmetting c.q. COVID-19 geweest?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Klachten passend bij COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Hoesten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Koorts	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Reuk en/of smaakverlies	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aantal dagen symptomen voorafgaand aan operatie	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Rookt of rookte de patiënt?	<input type="checkbox"/> Ja, nog steeds	<input type="checkbox"/> Nee, nooit	<input type="checkbox"/> Ja, ooit/ al jaren gestopt
Aantal packyears	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat is de lengte van de patiënt? (in cm)	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was het gewicht van de patiënt bij opname? (in kg)	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	

Preoperatieve COVID testen			
Testen			
Is patient getest op een SARS-CoV-2 besmetting?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
X- of CT-thorax	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Serologie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aantal keren dat preoperatief RT-PCR test is uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was de datum van de eerste preoperatieve RT-PCR test?	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was de datum van de eerste positieve RT-PCR test preoperatief?	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Geen positieve test	<input type="checkbox"/> Onbekend

X-thorax - consolidaties	<input type="checkbox"/> Niet verricht	<input type="checkbox"/> Niet verdacht
	<input type="checkbox"/> Unilateraal	<input type="checkbox"/> Bilateraal
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Ct-thorax - CORADS score	<input type="checkbox"/> Niet verricht	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Onbekend, geen CORADS score	
Aantal preoperatieve CT thoraxen met vraagstelling COVID19	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was de datum van de eerste preoperatieve CT-thorax met COVID-19 vraagstelling?	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat was de datum van de eerste preoperatieve CT-thorax met een CORADS-score van 4-5?	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> geen CT met CORADS 4-5	<input type="checkbox"/> Onbekend
Definitieve preoperatieve COVID-19 status	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief

## Preoperatieve COVID complicaties

### Preoperatieve COVID complicaties

Waren er pre-operatief COVID gerelateerde complicaties?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
ARDS	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Acuut nierfalen	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Ritmestoornissen	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Trombo-embolische events	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Anders	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Longembolie	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
DVT	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Darmischemie	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Anders	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Therapeutische antistolling voorafgaand aan embolisch event?	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja, obv comorbiditeit
	<input type="checkbox"/> Ja, vanwege COVID		
Therapeutische antistolling n.a.v Covid gerelateerd embolisch event?	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja

## Impact op behandeling

### Impact op behandeling

Impact op neoadjuvante behandeling?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Afgezien van voorbehandeling	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Type voorbehandeling veranderd (bijv. chemoradiatie ipv chemo, chemo ipv immuno)	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Schema/dosering behandeling veranderd (bijvoorbeeld meer of minder kuren, hogere of lagere dosis)	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Zelfde type behandeling, ander middel (bijvoorbeeld 5FU ipv docetaxel)	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Anders	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Impact op planning /OK uitgesteld?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wegens COVID verdenking/test	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Door beperkte zorgcapaciteit Covid Crisis	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Andere reden	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Impact chirurgische benadering (scopisch/robot/open)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wegens COVID verdenking/test	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Door beperkte zorgcapaciteit Covid Crisis	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja
Bescherming OK team	<input type="checkbox"/> Nee		<input type="checkbox"/> Ja

Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
--------	------------------------------	-----------------------------

## Postoperatieve COVID klachten

### Postoperatieve COVID klachten

Waren er postoperatief klachten passend bij COVID-19?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Hoesten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Koorts	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Reuk en/of smaakverlies	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Hoeveel dagen na operatie begonnen COVID-19 symptomen?	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		

## Postoperatieve COVID testen

### Postoperatieve COVID testen

Is patient postoperatief getest op een SARS-CoV-2 besmetting?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
X- of CT-thorax	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Serologie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Aantal keren dat postoperatief RT-PCR test is uitgevoerd			
Wat was de datum van de eerste postoperatieve RT-PCR	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Wat was de datum van de eerste positieve RT-PCR postoperatief?	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Geen positieve test	<input type="checkbox"/> Onbekend	
X-thorax - consolidaties	<input type="checkbox"/> Niet verricht	<input type="checkbox"/> Niet verdacht	
	<input type="checkbox"/> Unilateraal	<input type="checkbox"/> Bilateraal	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Ct-thorax - CORADS score	<input type="checkbox"/> Niet verricht	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> Onbekend, geen CORADS score		
Aantal CT thorax met vraagstelling COVID19	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Wat was de datum van de eerste postoperatieve CT-thorax met COVID-19 vraagstelling?	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Wat was de datum van de eerste postoperatieve CT-thorax met een CORADS-score van 4-5?	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> geen CT met CORADS 4-5	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Definitieve postoperatieve COVID-19 status	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief	

## Postoperatieve COVID complicaties

### Postoperatieve COVID complicaties

Waren er postoperatief COVID gerelateerde complicaties?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
ARDS	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Acuut nierfalen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ritmestoornissen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Trombo-embolische events	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Longembolie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

DVT	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Darmischemie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Anders	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Therapeutische antistolling voorafgaand aan embolisch event?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vanwege COVID-19	<input type="checkbox"/> Ja, obv comorbiditeit
Therapeutische antistolling n.a.v Covid gerelateerd embolisch event?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Intensive Care

### Intensive Care

Was er sprake van een IC opname rondom de operatie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Was er sprake van een COVID gerelateerde IC opname ?	<input type="checkbox"/> Nee, andere reden <input type="checkbox"/> Onduidelijk	<input type="checkbox"/> Ja	
Is er COVID vastgesteld tijdens de IC opname	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke respiratoire ondersteuning tijdens de IC opname?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Highflow (Nonrebreather) <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Lowflow (neusbril) <input type="checkbox"/> Invasief - intubatie	
Buikbeademing	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
ECMO	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
IC-opnamedatum	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
IC-ontslagdatum	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Onbekend		
Duur IC opname (dagen)			
IC-ontslag bestemming na laatste IC opname	<input type="checkbox"/> Verpleegafdeling zelfde ziekenhuis (inclusief andere locatie) <input type="checkbox"/> Recovery/Medium Care zelfde ziekenhuis (inclusief andere locatie) <input type="checkbox"/> CCU/IC ander ziekenhuis <input type="checkbox"/> Mortuarium <input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> CCU/IC zelfde ziekenhuis (inclusief andere locatie (ook per ambulance)) <input type="checkbox"/> Verpleegafdeling ander ziekenhuis <input type="checkbox"/> Recovery/Medium Care ander ziekenhuis <input type="checkbox"/> Huis <input type="checkbox"/> CCU/IC buitenland	

## Baseline / Preoperatief

Informed consent? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Rookt de patiënt? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, in het verleden	<input type="checkbox"/> Ja, huidige roker
Is de patiënt gestopt met roken langer/korter dan 4 wk voor de operatie? *	<input type="checkbox"/> minder dan 4 weken	<input type="checkbox"/> meer dan 4 weken
Drinkt de patiënt alcohol? *	<input type="checkbox"/> Nee, nooit alcohol gedronken <input type="checkbox"/> In het verleden alcohol gedronken	<input type="checkbox"/> Ja
Is de patiënt gestopt met alcohol drinken langer/korter dan 4wk voor de operatie? *	<input type="checkbox"/> minder dan 4 weken	<input type="checkbox"/> meer dan 4 weken
Screening voedingsstatus *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, MUST <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Ja, SNAQ <input type="checkbox"/> Ja, anders

### Volledige informatie: is de patiënt gezien door de:

Anesthesioloog *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Longarts *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Longchirurg *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Verpleegkundig specialist/case manager *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Fysiotherapeut *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hemoglobine *		



Surgery / Perioperatief		
Datum opname *		
Datum operatie Selecteer datum verrichting uit bestaande registratie door hieronder op button 'Klik hier voor de optieset' te klikken. *		
Nuchterbeleid conform ERATS? (solide tot 6u preoperatief, helder vloeibaar tot 2 u preoperatief) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Koolhydraten stapelen conform ERATS (preoperatieve koolhydraat drank avond preoperatief en 2u voor OK) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Preoperative anxiolyse *	<input type="checkbox"/> Geen	<input type="checkbox"/> Langwerkend
	<input type="checkbox"/> Kortwerkend op holding	<input type="checkbox"/> Kort- en langwerkend
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Preoperatieve antibiotica profylaxe *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
VTE profylaxe (trombose prikken) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Wat was de lichaamstemperatuur van de patiënt aan het einde van de ingreep? *	<input type="checkbox"/> >36	<input type="checkbox"/> ≤36
Wat was de laagste lichaamstemperatuur van de patiënt gemeten tijdens de ingreep? *		
Type pijnstilling *	<input type="checkbox"/> Epiduraal	<input type="checkbox"/> Perifeer blok met catheter
	<input type="checkbox"/> Perifeer blok zonder catheter	<input type="checkbox"/> Intercostaal blok met catheter
	<input type="checkbox"/> Intercostaal blok zonder catheter	<input type="checkbox"/> PCA
	<input type="checkbox"/> Alleen oraal	<input type="checkbox"/> Anders
Andere pijnstilling, specificeer: *		
Vochtbalans *	<input type="checkbox"/> > -1000ml	<input type="checkbox"/> -1000ml tot -500ml
	<input type="checkbox"/> -500ml tot +500ml	<input type="checkbox"/> 500ml tot 1000ml
	<input type="checkbox"/> > 1000ml	

### PONV profylaxe dag 0 gegeven

Dexametason bij inleiding [4-8mg; 0.1 mg per kg als adjunct pijnstilling] *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
5HT3-antagonist bij uitleiding *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Anders *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Anders, specificeer: *		
Postoperatieve bestemming *	<input type="checkbox"/> ICU	<input type="checkbox"/> Medium care
	<input type="checkbox"/> Lang recovery meer dan 6u	<input type="checkbox"/> Kort recovery minder dan 6u
	<input type="checkbox"/> Reguliere afdeling	

Postoperatief - Postoperatief		
Datum drain uit *		
Is drain uit conform protocol (<450ml/24u en > 6u luchttek <20ml/min)? *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee, sneller
	<input type="checkbox"/> Nee, later	
CAD? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Datum CAD uit *		
Datum epiduraal uit *		
Datum infusie stop *		
Datum waarop aan ontslagcriteria is voldaan *		
Datum waarop patiënt daadwerkelijk is ontslagen *		

Daginfo		
Dagnummer (beginnend bij dag 0)		
Gegeten? *	<input type="checkbox"/> NPO	<input type="checkbox"/> <50% maaltijd op
	<input type="checkbox"/> >50% maaltijd op	
Misselijkheid en/of braken? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Is misselijkheid/braken medicamenteus behandeld? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hoogste NRS pijnscore *	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 10	

### Opiaten (leeglaten indien niet gegeven)

Morfine IV in mg/dag	
Morfine langwerkend in mg/dag	
Morfine kortwerkend in mg/dag	
Oxycodon in mg/dag	
Oxynorm in mg/dag	
Dipidolor IV in mg/dag	
Dipidolor IM/SC in mg/dag	
Mate van mobiliseren. Vul hier de hoogst haalbare mobiliteit in. *	<input type="checkbox"/> Rand van bed <input type="checkbox"/> Lopen op de gang <input type="checkbox"/> Douchen <input type="checkbox"/> Niet
	<input type="checkbox"/> Stoel <input type="checkbox"/> Eten aan tafel <input type="checkbox"/> Traplopen

### 1 and 3 months after surgery / Post discharge

Wat is de vitale status van de patiënt na 90 dagen?	<input type="checkbox"/> In leven bij ontslag/90 dagen na resectie	<input type="checkbox"/> Overleden tijdens de opname/90 dagen na resectie
	<input type="checkbox"/> Onbekend	

### Overleden

Doodsoorzaak 90 dagen	<input type="checkbox"/> Dood door pulmonale aandoening	<input type="checkbox"/> Dood door gevolgen operatie
	<input type="checkbox"/> Dood door andere oorzaak	<input type="checkbox"/> Doodsoorzaak onbekend
Doodsoorzaak andere oorzaak:		