

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



* = verplicht, ** = verplicht door validatie regel

dlcas-2022 erats - Overige ingreep (geen reïnterventies)

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 geregistreerde 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 comorbiditeitstatus 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?		
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	
Overige ingreep		
Type operatie	<input type="checkbox"/> Electief <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Acuut	
Operateur 1 (eerste 6 letters)		
Operateur 2 (eerste 6 letters)		
Thoraxwand	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Enkele ribresectie <input type="checkbox"/> Multiële ribresectie <input type="checkbox"/> Correctie pectus excavatum/carinatum dmv ravitch-/nuss procedure <input type="checkbox"/> Thoraxwand n.n.o.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (partiele) Thoraxwand resectie <input type="checkbox"/> Clagett <input type="checkbox"/> Aanleggen thoraxwand venster
Indien thoraxwand		
Thorax	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Proefthoracotomie/-scopie <input type="checkbox"/> Empyeem (zonder decorticatie) <input type="checkbox"/> Thorax algemeen n.n.o.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verwijderen corpus alienum <input type="checkbox"/> Uitrusten haematoom
Indien thorax		
Pleura	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	

Indien pleura	<input type="checkbox"/> Bioplen pleura <input type="checkbox"/> Pleura algemeen n.n.o.	<input type="checkbox"/> Pleuraresectie evt. pleurodese (zonder bullect.)
Longparenchymresecties **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Indien longparenchymresectie *	<input type="checkbox"/> Wigexcisie <input type="checkbox"/> Lobectomie <input type="checkbox"/> Pneumonectomie	<input type="checkbox"/> Segmentresectie (anatomisch!) <input type="checkbox"/> Bilobectomie <input type="checkbox"/> Anders
Long overig	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Indien long overig	<input type="checkbox"/> Bullectomie <input type="checkbox"/> Longvolumereductie <input type="checkbox"/> Decorticatie long (evt bij emp) incl. Clagett <input type="checkbox"/> Long algemeen n.n.o.	<input type="checkbox"/> Bullectomie+pleuraresectie,evt. pleurodese <input type="checkbox"/> Behandeling traumatisch longletsel (parenchym sparend) <input type="checkbox"/> Biopteren longaesie
Welke ingreep is gedaan indien "long algemeen n.n.o."? **		
Luchtwegen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Indien luchtwegen	<input type="checkbox"/> Wigexcisie bronchus <input type="checkbox"/> Sluiten bronchusfistel <input type="checkbox"/> Trachea resectie (segmenteel) <input type="checkbox"/> Luchtwegen n.n.o.	<input type="checkbox"/> Hechten bronchusruptuur <input type="checkbox"/> Sluiten bronchopleurale fistel <input type="checkbox"/> Sluiten (traumatisch) trachea letsel
Diafragmachirurgie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Indien diafragmachirurgie	<input type="checkbox"/> Transthoracale repair hernia diafragmatica <input type="checkbox"/> Sluiten perofratis (ihkv catameniale pneumothorax)	<input type="checkbox"/> Reven/hechten diafragma <input type="checkbox"/> Andere transthoracale diafragmachirurgie
Toegang	<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"/> Mediastinotomie (parasternaal) <input type="checkbox"/> Anders	<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"/> (video assisted) Mediastinoscopie <input type="checkbox"/> Openhals incisie <input type="checkbox"/> Clamshell procedure
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

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-organafalen <input type="checkbox"/> ICU opname om andere redenen <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Multi-organafalen <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

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"/> Overleden tijdens de opname/30 dagen na resectie <input type="checkbox"/> Onbekend
Doodsoorzaak	<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:	

Akkordering

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

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"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling
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"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling
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"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling
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 CT scan (CORADS score 4/5) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 vastgesteld middels labtest (PCR, serologie) [ICD-10: U07.1]	

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
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
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"/> Ja, ooit/ al jaren gestopt	<input type="checkbox"/> Nee, nooit
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	
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 preoperatief RT-PCR test is uitgevoerd?			
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"/> 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, obv comorbiditeit	
	<input type="checkbox"/> Ja, vanwege COVID-19		
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"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Onduidelijk		
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"/> Lowflow (neusbril)	
	<input type="checkbox"/> Highflow (Nonrebreather)	<input type="checkbox"/> Invasief - intubatie	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
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"/> CCU/IC zelfde ziekenhuis (inclusief andere locatie (ook per ambulance))	
	<input type="checkbox"/> Recovery/Medium Care zelfde ziekenhuis (inclusief andere locatie)	<input type="checkbox"/> Verpleegafdeling ander ziekenhuis	
	<input type="checkbox"/> CCU/IC ander ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Recovery/Medium Care ander ziekenhuis	
	<input type="checkbox"/> Mortuarium	<input type="checkbox"/> Huis	
	<input type="checkbox"/> Anders	<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, huidige roker
	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden	
Is de patiënt gestopt met roken langer/korter dan 4 wk voorde operatie? *	<input type="checkbox"/> minder dan 4 weken	<input type="checkbox"/> meer dan 4 weken

Drink 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"/> Kortwerkend op holding <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Langwerkend <input type="checkbox"/> Kort- en langwerkend
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 zonder catheter <input type="checkbox"/> Intercostaal blok zonder catheter <input type="checkbox"/> Alleen oraal	<input type="checkbox"/> Perifeer blok met catheter <input type="checkbox"/> Intercostaal blok met catheter <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> Anders
Andere pijnstilling, specificeer: *		
Vochtbalans *	<input type="checkbox"/> > -1000ml <input type="checkbox"/> -500ml tot +500ml <input type="checkbox"/> > 1000ml	<input type="checkbox"/> -1000ml tot -500ml <input type="checkbox"/> 500ml tot 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"/> Lang recovery meer dan 6u <input type="checkbox"/> Reguliere afdeling	<input type="checkbox"/> Medium care <input type="checkbox"/> Kort recovery minder dan 6u

Postoperatief - Postoperatief	
Datum drain uit *	

Is drain uit conform protocol (<450ml/24u en > 6u luchtlek <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"/> Stoel
	<input type="checkbox"/> Lopen op de gang	<input type="checkbox"/> Eten aan tafel
	<input type="checkbox"/> Douchen	<input type="checkbox"/> Traplopen
	<input type="checkbox"/> Niet	

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:		