

* = verplicht, ** = verplicht door validatie regel

Versie: 2022-09-26 - 1.0.0 (Interne code: dhba-2023)

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		

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. *	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Cardiaal

Myocardinfarct Myocardinfarct (ICD-10): I21.x: Acut myocardinfarct I22.x: Recidief myocardinfarct I25.2: Vroeger myocardinfarct	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Congestief hartfalen
(ICD-10): I09.9: Reumatische hartziekte
I11.0: Hypertensieve hartziekte met
(congestieve) hartdecompensatie
I13.0, I32.2: Hypertensieve hart- én
nierziekte met (congestieve)
hartdecompensatie (én nierinsufficiëntie)
I25.5: Ischemische cardiomyopathie I42.0,
I42.5-I42.9: Cardiomyopathie met of zonder
hartdilatatie (niet-obstructief en/of d.m.v.
uitwendige-agentia) I50.x:
Hartdecompensatie P29.0: Neonatale
cardiale-insufficiëntie

Nee

Ja

Pulmonaal

Chronische longziekte
Chronische longziekte (ICD-10): I27.8: Overige
gespecificeerde pulmonale hartziekten
I27.9: Pulmonale hartziekte, niet-
gespecificeerd J40.x-J47.x: Chronische
aandoeningen van onderste luchtwegen
J60.x-J67.x: Longaandoeningen door
uitwendige agentia J68.4: Chronische
respiratoire aandoeningen door chemische
stoffen, gassen, rook en dampen J70.1:
Chronische en overige longmanifestaties
door (be)straling J70.3: Chronische door
geneesmiddelen geïnduceerde interstitiële
longaandoeningen

Nee

Ja

Vasculair

Perifeer vaatlijden/aneurysma aorta
Perifeer vaatlijden/aneurysma aorta (ICD-10): I70.x:
Atherosclerose I71.x: Aneurysma en
dissectie van aorta I73.1, I73.8-I73.9:
Overige perifere vaatziekten I77.1: Strictuur
van arterie I79.0, I79.2: Aneurysma van
aorta of perifere angiopathie bij elders
geclassificeerde ziekten K55.1, K55.8-
K55.9: Vaataandoeningen (chronisch) van
darm Z95.8-Z95.9: Aanwezigheid van
overige gespecificeerde cardiale- en
vasculaire-implantaten en transplantaten

Nee

Ja

Neurologisch

Cerebrovasculaire aandoening (o.a.
CVA/TIA)
Cerebrovasculaire aandoening (ICD-10): G45.x: 'Transient (cerebral)
ischaemic attacks' [TIA] en verwante
syndromen G46.x: Vasculaire syndromen
van hersenen bij cerebrovasculaire ziekten
H34.0: Voorbijgaande afsluiting van retinale
arteriën I60.x-I69.x: Cerebrovasculaire
ziekten

Nee

Ja

Dementie
Dementie (ICD-10): F00.x-F03.x:
Dementie nader gespecificeerd F05.1:
Delirium, gesuperponeerd op dementie
G30.x: Ziekte van Alzheimer G31.1: Seniele
hersendegeneratie, niet elders
geclassificeerd

Nee

Ja

Para-/hemiplegie
Para-/hemiplegie (ICD-10): G04.1: Tropische spastische-paraplegie
G11.4: Hereditaire spastische-paraplegie
G80.1-G80.2: Diplethische/Hemiplegische
'cerebral palsy', spastisch G81.x:
Hemiplegie G82.x: Paraplegie en
tetraplegie G83.0-G83.4, G83.9: Overige
paralytische syndromen

Nee

Ja

Spiereen en gewrichten

Bindweefselziekte (o.a. reumatoïde ziekten) Bindweefselziekte (ICD-10): M05.x: Seropositieve reumatoïde-artritis M06.x: Overige reumatoïde-artritis M31.5: Reuscelariteriitis met 'polymyalgia rheumatica' M32.x-M34.x: Systeemziekten van bindweefsel M35.1: Overige overgangssyndromen M35.3: Polymyalgia rheumatica M36.0: Systeemziekten van bindweefsel bij elders geclassificeerde ziekten

Nee

Ja

Maag-darm-lever

Gastroïntestinaal ulcuslijden Gastroïntestinaal ulcuslijden (ICD-10): K25.x: Ulcus ventriculi K26.x: Ulcus duodeni K27.x: Ulcus pepticum, lokalisatie niet-gespecificeerd K28.x: Ulcus gastrojejunale

Nee

Ja

Leverziekte Milde leverziekte (ICD-10): B18.x: Chronische virushepatitis K70.0-K70.3, K70.9: Alcoholische leverziekten K71.3-K71.5, K71.7: Toxische leverziekte (mild) K73.x: Chronische hepatitis, niet elders geclassificeerd K74.x: Leverfibrose en levercirrose K76.0: Vettige leverdegeneratie, niet elders geclassificeerd K76.2: Centrale hemorragische-levernecrose K76.3: Leverinfarct K76.4: Peliosis hepatis K76.8: Overige gespecificeerde leverziekten K76.9: Leverziekte, niet-gespecificeerd Z94.4: Aanwezigheid van levertransplantaat Ernstige leverziekte (ICD-10): I85.x: Slokdarmvarices I86.4: Varices van maag I98.2: Slokdarmvarices zonder bloeding bij elders geclassificeerde ziekten K70.4: Alcoholische leverinsufficiëntie K72.x: Leverinsufficiëntie, niet elders geclassificeerd K76.7: Hepatorenale syndroom

Nee

Mild

Ernstig

Levercirrose Levercirrose (ICD-10): K70.3: Alcoholische levercirrose K71.7: Toxische leverziekte met leverfibrose en levercirrose K74.x: Leverfibrose en levercirrose

Nee

Ja

Symptomatisch galsteenlijden Symptomatisch galsteenlijden (ICD-10): K80.0, K80.2-K80.5: Cholelithiasis K81.x: Cholecystitis

Nee

Ja

Primair Scleroserende Cholangitis Primair Scleroserende Cholangitis (ICD-10): K83.0: Cholangitis

Nee

Ja

Endocrien

Diabetes mellitus Gebruik, indien gewenst, externe ziekte categorie (hoofdstuk E10-E14) om specifiek diabetische ziekte type te identificeren. De hieropvolgend aangegeven onderverdelingen van subcategoriën zijn bedoeld voor gebruik met de categorieën E10-E14: E10.x: Type-1-diabetes E11.x: Type-2-diabetes E12.x: Diabetes mellitus verband houdend met ondervoeding E13.x: Overige gespecificeerde vormen van diabetes mellitus E14.x: Niet-gespecificeerde diabetes mellitus Zonder chronische complicaties (ICD-10): XX.0: Diabetische coma met of zonder ketoacidose XX.1: Diabetische ketoacidose XX.6: Diabetes met anders gespecificeerde complicaties XX.8: Diabetes met ongespecificeerde complicaties XX.9: Diabetes zonder complicaties Met chronische complicaties (ICD-10): XX.2: Diabetes met renale complicaties XX.3: Diabetes met oogheelkundige complicaties XX.4: Diabetes met neurologische complicaties XX.5: Diabetes met perifeer vasculaire complicaties XX.7: Diabetes met multi-pele complicaties

- | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Zonder chronische complicaties |
| <input type="checkbox"/> Met chronische complicaties | |

Urogenitaal

Nierziekte Nierziekten (ICD-10): I12.0: Hypertensieve nierziekte met nierinsufficiëntie I13.1: Hypertensieve hart-én nierziekte met nierinsufficiëntie N03.2-N03.7: Chronisch nefritisch syndroom N05.2-N05.7: Niet-gespecificeerd nefritisch syndroom N18.x: Chronische nierziekte N19.x: Niet-gespecificeerde nierinsufficiëntie N25.0: Renale osteodystrofie Z49.x: Zorg bij dialyse Z94.0: Aanwezigheid van niertransplantaat Z99.2: Afhankelijkheid van hemodialyse

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

Infectieziekte

HIV/AIDS Human immunodeficiency virus (HIV) (ICD-10): B20.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot infectieziekten en parasitaire aandoeningen B21.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot maligne neoplasmata B22.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot overige gespecificeerde ziekten B24.x: Niet-gespecificeerd ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV]

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

Maligniteit

Maligniteit (excl. PCC of BCC van de huid)

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Niet gemetastaseerd |
| <input type="checkbox"/> Gemetastaseerd | |

Registratiegroep

Zorginstelling *

Unieke patiëntcode binnen kliniek

Is patiënt verwezen uit een ander centrum?

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

Voor welk type aandoening wordt de patiënt nu geregistreerd? *

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colorectale levermetastase | <input type="checkbox"/> Levermetastase van andere origine |
| <input type="checkbox"/> Benigne levertumor | <input type="checkbox"/> Primaire maligne tumor van hepatocellulaire origine |
| <input type="checkbox"/> Primaire maligne tumor van galwegen of galblaas | <input type="checkbox"/> Living donor |

Eerdere leverresectie voor deze aandoening? **

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Onbekend |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

Algemeen

Indien er een eerdere verrichting is opgeslagen bij deze patient dan wordt bij onderstaande variabele het antwoord overgenomen van de laatst geregistreerde verrichting. Controleer daarom goed of dit antwoord nog wel klopt en pas het zo nodig aan.

Lengte in cm. *

Gewicht op de dag van operatie, in kg. *

Recidief

Datum aanmaak recidief sectie.

Is er naast het recidief in de lever ook sprake van een recidief elders? **

Nee, alleen in de lever

Ja, in lever en elders

Datum diagnose recidief **

Is dit recidief een locoregionaal recidief van de eerdere ablatie of resectie? **

Nee

Ja

Ja, en daarnaast ook een metastase elders in de lever

Onbekend

Datum van de eerdere leverresectie/-ablatie van de tumor waarvan de huidige tumor een recidief is (lokaal of intrahepatisch elders). **

Behandeling van recidief

Chirurgisch

Ablatie

Stereotactisch

Chemotherapie

Diagnostiek

Datum eerste poli bezoek Heelkunde i.v.m. leverafwijking(en) waar de patiënt de huidige verrichting voor ondergaat. *

Radiologie

Beeldvorming

CT?

Nee

Ja

Onbekend

Is er een MRI-scan van de lever gedaan?

Nee

Ja

Onbekend

Is er een PET scan gemaakt?

Nee

Ja

Onbekend

Is er CT-volumetrie van de lever gedaan?

Nee

Ja

Onbekend

Is er hepatobiliaire functiescintigrafie verricht?

Nee

Ja

Onbekend

Datum laatste beeldvorming t.a.v. de lever voorafgaand aan de leverresectie / -ablatie. **

.....

Onbekend

Laboratorium

Waarde van CEA in het bloed? (ng/mL)

.....

Onbekend - n.v.t.

Waarde van CA 19-9 in het bloed? (U/mL)

.....

Onbekend

Waarde alfa foetoprotéïne (AFP), eenheid µg/l

.....

Onbekend

Waarde bilirubine (totaal)? (µmol/L).

.....

Onbekend

Locatie tumor galwegen of galblaas

Wat is de locatie van de tumor in de galwegen of galblaas? **

Perihilar cholangiocarcinoom

Galblaascarcinoom

Intrahepatisch cholangiocarcinoom

Bevindt de tumor zich in de ductus choledochus?

Nee

Ja

Onbekend

Bevindt de tumor zich in de ductus hepaticus communis?

Nee

Ja

Onbekend

Bevindt de tumor zich in de ductus hepatica sinistra?

Nee

Ja

Onbekend

Bevindt de tumor zich in de ductus hepatica dextra?

Nee

Ja

Onbekend

Wat is het klinisch T stadium van het cholangiocarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> Tx <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T2a <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2b <input type="checkbox"/> T4	
Wat is het klinisch N stadium van het cholangiocarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> Nx <input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N2	
Wat is het klinisch M stadium van het cholangiocarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	
Wat is het klinisch T stadium van het galblaascarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> Tx <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T2b <input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2a <input type="checkbox"/> T3	
Wat is het klinisch N stadium van het galblaascarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> Nx <input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N2	
Wat is het klinisch M stadium van het galblaascarcinoom op de laatste beeldvorming preoperatief? **	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	
Is de leverresectie verricht voor galblaascarcinoom?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de indicatie voor de resectie? *	<input type="checkbox"/> Reresectie in verband met eerder geresecteerd incidenteel galblaascarcinoom		<input type="checkbox"/> Primaire resectie galblaascarcinoom
Is er sprake van bilobaire ziekte? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Bismuth-Corlette type? **	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIB	
Diameter laesie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Onbekend
<i>Kenmerken levertumor</i>			
Aantal levertumoren *	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er sprake van bilobaire ziekte? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Diameter grootste laesie in mm (voorafgaand aan eventuele neoadjuvante therapie)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Onbekend
BCLC stadium bekend?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
BCLC stadium	<input type="checkbox"/> 0 - very early <input type="checkbox"/> B - intermediate <input type="checkbox"/> D - terminal	<input type="checkbox"/> A - early <input type="checkbox"/> C - advanced	
Aanwezigheid van tumorsatellieten of dochternoduli?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
<i>Metastase</i>			
Oorsprong levermetastasen *	<input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Nier <input type="checkbox"/> Pancreas <input type="checkbox"/> (Leiomyo) Sarcoom <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> Gynaecologisch <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/> Onbekende primaire tumor	<input type="checkbox"/> Rectum <input type="checkbox"/> Neuroendocriene tumor <input type="checkbox"/> Melanoom <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> UpperGi <input type="checkbox"/> Urologisch <input type="checkbox"/> Overig	
Zijn er extra-hepatische metastasen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Onbekend
Zijn er andere abdominale metastasen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Zijn er long metastasen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Zijn er op overige locaties metastasen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

Colorectaal

Primaire colorectale tumor

LET OP: Indien er een eerdere verrichting is opgeslagen bij deze patient dan worden de antwoorden met betrekking op de primaire colorectale tumor overgenomen van de laatst geregistreerde verrichting. Controleer daarom goed of de antwoorden nog wel kloppen en pas de antwoorden zo nodig aan.

Datum van eerste resectie primaire tumor **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
Pathologische N-classificatie volgens TNM-systeem van primaire tumor *	<input type="checkbox"/> pN0	<input type="checkbox"/> pN1
	<input type="checkbox"/> pN2	<input type="checkbox"/> pNx
	<input type="checkbox"/> pN onbekend	

Pre-operatief

Is preoperatieve galwegdrainage verricht?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Techniek galwegdrainage?	<input type="checkbox"/> Percutaan	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
Is beeldvorming (CT/MRI) verricht voorafgaand aan galwegdrainage?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is hierbij de future liver remnant gedraineerd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is er porta-embolisatie verricht pre-operatief?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Wanneer is de porta-embolisatie verricht?		
Is er een leverfunctietest gedaan?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is er een prehabilitatie traject gestart?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Behandeling

Datum operatie / ablatie *		
ASA score zoals gerapporteerd door de anesthesist *	<input type="checkbox"/> ASA I- Normale gezonde patient	<input type="checkbox"/> ASA II- Milde systemische ziekte
	<input type="checkbox"/> ASA III- Ernstige systemische ziekte	<input type="checkbox"/> ASA IV- Constant levensbedreigende systemische ziekte
	<input type="checkbox"/> ASA V- Moribund	
Procedure *	<input type="checkbox"/> Resectie galweg	<input type="checkbox"/> Resectie galweg + leverresectie
	<input type="checkbox"/> Resectie galweg + leverresectie + pancreasresectie	<input type="checkbox"/> Bij proeflaparotomie irresectabel
	<input type="checkbox"/> Resectie galblaas + leverresectie	<input type="checkbox"/> Ablatie
Reden irresectabiliteit?	<input type="checkbox"/> Lymfekliermetastasen	<input type="checkbox"/> Ingroei a. Hepatica
	<input type="checkbox"/> Peritoneale metastasen	
Procedure *	<input type="checkbox"/> Resectie	<input type="checkbox"/> Ablatie
	<input type="checkbox"/> Resectie en ablatie	<input type="checkbox"/> Open-dicht
Is er sprake van synchrone of metachrone levermetastasen?	<input type="checkbox"/> Synchron	<input type="checkbox"/> Metachron
	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing: namelijk recidief levermetastase (lokaal of intrahepatisch elders)	
Type behandeling van synchrone levermetastasen?	<input type="checkbox"/> Primaire tumor eerst	<input type="checkbox"/> Liver First procedure
	<input type="checkbox"/> Gecombineerde behandeling van primaire en lever tumor	
Is de operatie onderdeel van een two staged procedure? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Werd er voor two-stage procedure uitgevoerd volgens de (mini)-ALPPS techniek?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ALPPS
	<input type="checkbox"/> mini-ALPPS	<input type="checkbox"/> Onbekend

Ablatie

Ablatieprocedure: **	<input type="checkbox"/> Percutane ablatie	<input type="checkbox"/> Open ablatie
	<input type="checkbox"/> Laparoscopische ablatie	<input type="checkbox"/> Onbekend

Welke type ablatie werd uitgevoerd?

Indien meerdere typen zijn gecombineerd, zet dan alle desbetreffende typen ablatie op ja.

Radiofrequente ablatie (RFA)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Microwave ablatie (MWA)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Cryo-ablatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Irreversible electroporation (IRE)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Type beeldvorming tijdens ablatie	<input type="checkbox"/> Echo	<input type="checkbox"/> CT-scan
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Onbekend
Soort anesthesie tijdens ablatie	<input type="checkbox"/> Lokaal	<input type="checkbox"/> Locoregionaal
	<input type="checkbox"/> Algeheel	<input type="checkbox"/> Onbekend
Door welke specialist is de ablatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Interventieradioloog	<input type="checkbox"/> Chirurg
	<input type="checkbox"/> Gezamenlijk	
Aantal geableerde laesies / metastasen.		

Omvang grootste haard bij meerdere localisaties? (mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
Was er sprake van technisch succes? **	<input type="checkbox"/> Nee	Ja, volgens oude definitie (Er is sprake van technisch succes wanneer de tumoren zijn behandeld volgens het vooraf bepaalde behandelplan en volledig in de ablatiezone laten.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een post-ablatie contrast scan gemaakt?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
<i>Resectie</i>		
Welke procedure werd uitgevoerd? *	<input type="checkbox"/> Open procedure <input type="checkbox"/> Laparoscopie met conversie naar open <input type="checkbox"/> Robot geassisteerde procedure met conversie naar open	<input type="checkbox"/> Volledig laparoscopische procedure <input type="checkbox"/> Robot geassisteerde procedure <input type="checkbox"/> Onbekend
Wat voor type leverresectie is er uitgevoerd? **	<input type="checkbox"/> Anatomische resectie <input type="checkbox"/> Combinatie van anatomische en extra anatomische resectie	<input type="checkbox"/> Extra anatomische resectie
Wigresectie *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Soort anatomische resectie?

Hemihepatectomie rechts *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hemihepatectomie links *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Extended hemihepatectomie rechts *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Extended hemihepatectomie links *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment resectie *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Welke segmenten zijn geresecteerd tijdens de extra-anatomische resectie?

Segment 1 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 2 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 3 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 4a *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 4b *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 5 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 6 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 7 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segment 8 *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Omvang grootste haard waarvoor resectie (mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
Was er sprake van een major leverresectie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Operatie gecombineerd met andere intra abdominale ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Aanvullende resecties i.v.m. doorgroei van de tumor?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is portaresectie en -reconstructie verricht?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Wigexcisie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Segmentresectie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Hoeveel metastasen zijn verwijderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend
Hoeveel biliodigestieve anastomoses werden aangelegd?		

Open-dicht

Reden open-dicht

Aantal afwijkingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Grootte afwijkingen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Vasculair ongunstige locatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Extra-hepatische afwijkingen	<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	
<i>Peroperatief</i>			
Wat was het bloedverlies? (ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Is er peroperatief een abdominale drain geplaatst?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

Post-operatief

Hoeveel volume van het origineel had de restlever na de operatie?	<input type="checkbox"/> < 20%	<input type="checkbox"/> 20%	
	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	
	<input type="checkbox"/> > 40%	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Zijn er complicaties opgetreden binnen 30 dagen na de resectie/ablatie? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

Complicaties

Indien er sprake is van een synchrone resectie van primaire tumor en behandeling van levermetastasen dan alle complicaties registreren, dus ook de complicaties die misschien gerelateerd zijn aan de resectie van de primaire tumor

Gallekkage *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege een gallekkage? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Nabloeding waarvoor bloedtransfusie of interventie nodig **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege deze nabloeding? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Leverfalen *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege leverfalen? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Infectieuze complicatie **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

Infectieuze complicaties

Intra abdominale infectie / abces *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum complicatie **		
Was er sprake van een re-interventie vanwege intra abdominale infecties / abces? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Pneumonie *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum complicatie **		
Was er sprake van een re-interventie vanwege een pneumonie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Wondinfectie / -abces *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum complicatie **		
Was er sprake van een re-interventie vanwege een wondinfectie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Overige infecties **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum complicatie **		
Was er sprake van een re-interventie vanwege een overige infectie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend

Complicaties

Is er een tromboembolische complicatie opgetreden? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum complicatie **		
Was er sprake van een re-interventie vanwege een trombo-embolische complicatie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders

Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een cardiale complicatie opgetreden? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege een cardiale complicatie? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Pleuravocht *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege pleuravocht? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Ascites *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege ascites? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Pneumothorax waarvoor reïnterventie **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege een pneumothorax? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Brandwonden huid **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege brandwonden van de huid? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	

Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Overige *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Aard/uitleg van 'overige complicatie'			
Ernst van de complicatie **	<input type="checkbox"/> Graad I	<input type="checkbox"/> Graad II	
	<input type="checkbox"/> Graad IIIa	<input type="checkbox"/> Graad IIIb	
	<input type="checkbox"/> Graad IVa	<input type="checkbox"/> Graad IVb	
	<input type="checkbox"/> Graad V	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum complicatie **			
Was er sprake van een re-interventie vanwege overige complicaties? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aard reïnterventie	<input type="checkbox"/> Reoperatie	<input type="checkbox"/> Endoscopisch	
	<input type="checkbox"/> Radiologisch	<input type="checkbox"/> Anders	
Heeft deze reïnterventie plaatsgevonden onder algehele anesthesie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aantal dagen op de intensive care / PACU *	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Geen IC opname	<input type="checkbox"/> Onbekend	
wat was de reden voor (verlengde) IC opname of heropname op de IC	<input type="checkbox"/> Single-orgaan falen	<input type="checkbox"/> Multi-orgaan falen	
	<input type="checkbox"/> IC opname om andere redenen	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum ontslag *			
Is de patiënt tijdens de ziekenhuisopname of binnen 30 dagen na de operatie overleden? *	<input type="checkbox"/> In leven bij ontslag en binnen 30 dagen na de resectie / ablatie	<input type="checkbox"/> Overleden tijdens opname of binnen 30 dagen na resectie / ablatie	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		

Ga naar 'Patientgegevens' voor het invoeren van de overlijdensdatum.

Is de patiënt heropgenomen in het ziekenhuis binnen 30 dagen na ontslag? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Was de reden voor heropname een complicatie? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is de patiënt gedurende de heropname opgenomen op de medium / intensive care?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Hoeveel dagen is de patiënt tijdens heropname op de MC / IC opgenomen?			
Datum van heropname **			
Datum van ontslag na heropname **			

Indien de postoperatieve complicatie binnen 30 dagen opgetreden is dan moet deze complicatie in de sectie 'Post-operatief' worden geregistreerd.

Histopathologie

Wat is de diagnose? **	<input type="checkbox"/> Colorectale metastase	<input type="checkbox"/> Metastase andere maligniteit
	<input type="checkbox"/> HCC	<input type="checkbox"/> Adenoom
	<input type="checkbox"/> Hemangioom	<input type="checkbox"/> Focale nodulaire hyperplasie
	<input type="checkbox"/> Cholangiocarcinoom	<input type="checkbox"/> Galblaascarcinoom
	<input type="checkbox"/> Anders	
pT stadium van perihilaire cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> Tx	<input type="checkbox"/> T0
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1
	<input type="checkbox"/> T2a	<input type="checkbox"/> T2b
	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T4
pN stadium van perihilaire cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> Nx	<input type="checkbox"/> N0
	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2
pM stadium van perihilaire cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1
pT stadium van galblaascarcinoom volgens pathologie verslag **	<input type="checkbox"/> Tx	<input type="checkbox"/> T0
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> T1b
	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T2a
	<input type="checkbox"/> T2b	<input type="checkbox"/> T3
	<input type="checkbox"/> T4	
pN stadium van galblaascarcinoom volgens pathologie verslag **	<input type="checkbox"/> Nx	<input type="checkbox"/> N0
	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2

pM stadium van galblaascarcinoom volgens pathologie verslag **	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	
pG stadium van volgens pathologie verslag **	<input type="checkbox"/> Gx - beoordeling niet mogelijk	<input type="checkbox"/> G1 - goed gedifferentieerd	
	<input type="checkbox"/> G2 - matig gedifferentieerd	<input type="checkbox"/> G3 - slecht gedifferentieerd	
	<input type="checkbox"/> G4 - niet gedifferentieerd		
Wat is het pathologisch T stadium van het HCC volgens het pathologie verslag?	<input type="checkbox"/> Tx	<input type="checkbox"/> T0	
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> T1b	
	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T3	
	<input type="checkbox"/> T4		
Wat is het pathologisch N stadium van het HCC volgens het pathologie verslag?	<input type="checkbox"/> Nx	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1
Wat is het pathologisch M stadium van het HCC volgens het pathologie verslag?	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	
Wat is het pT stadium van intrahepatisch cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> Tx	<input type="checkbox"/> T0	
	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> T1a	
	<input type="checkbox"/> T1b	<input type="checkbox"/> T2	
	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T4	
Wat is het pTN stadium van intrahepatisch cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> Nx	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> N1
Wat is het pM stadium van intrahepatisch cholangiocarcinoom volgens pathologie verslag	<input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> M1	
Wat is het aantal tumoren in het resectiepreparaat?	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Pathologisch complete respons: geen tumoren meer in preparaat		
Is de tumor radicaal verwijderd? **	<input type="checkbox"/> R0 Microscopische radicale resectie	<input type="checkbox"/> R1 Microscopische irradicale resectie	
	<input type="checkbox"/> R2 Lokoregionale tumorrest		
Irradicaliteit t.p.v. Leverresectievlak? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Irradicaliteit t.p.v. distale galweg? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Irradicaliteit t.p.v. Proximale galweg? **	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Wat is het beeld van de niet aangedane lever?	<input type="checkbox"/> Niet afwijkend	<input type="checkbox"/> Steatose	
	<input type="checkbox"/> Steato-hepatitis	<input type="checkbox"/> Cirrhose	
	<input type="checkbox"/> Sinusoïdale dilatatie	<input type="checkbox"/> Fibrose	
PA-nummer (TJJ-CCCCC)			
PA laboratorium			

Oncologie

Is er (neo-)adjuvante chemotherapie gegeven vanwege de leverafwijking danwel de afwijking van de galwegen of galblaas? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Type chemotherapie

Inductie ter downstaging *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Neoadjuvant bij resectabele tumor *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Adjuvant bij resectabele tumor *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Doet patient mee aan een trial?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Indien ja, welke trial?			

Accordering

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

Follow-up

Datum laatste informatie over overlevingsstatus (indien de patiënt is overleden dan is dit de overlijdensdatum). *	
Zorginstelling *	
Ziekenhuis patiëntnummer	

Is de patiënt overleden? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Terugverwezen naar verwijzend centrum voor follow up	<input type="checkbox"/> Onbekend

Ga naar 'Patientgegevens' voor het invoeren van de overlijdensdatum.

Is er na de laatste verrichting sprake van een recidief? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, in de lever
	<input type="checkbox"/> Ja, elders	<input type="checkbox"/> Ja, in lever en elders
	<input type="checkbox"/> Onbekend	

Datum diagnose recidief *

Was dit recidief een locoregionaal recidief van een eerdere ablatie of resectie? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Ja, en daarnaast ook een metastase elders in de lever	<input type="checkbox"/> Onbekend

Datum van de eerdere leverresectie/-ablatie van de tumor waarvan de huidige tumor een recidief is (lokaal of intrahepatisch elders). *

Datum laatste informatie over recidiefstatus *

Wordt dit recidief behandeld? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, met een lokale behandeling/reinterventie
	<input type="checkbox"/> Ja, met systemische behandeling	<input type="checkbox"/> Nog niet bekend

Aard re-interventie *	<input type="checkbox"/> Ablatie	<input type="checkbox"/> Resectie
	<input type="checkbox"/> Radiotherapie	<input type="checkbox"/> Anders

Let op! Indien er een nieuwe verrichting heeft plaatsgevonden moet deze als nieuwe verrichting geregistreerd worden in de DHBA.

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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Opmnamedatum 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 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"/> 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					
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?	<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, vanwege COVID	<input type="checkbox"/> Ja, obv comorbiditeit
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"/> Unilateraal <input type="checkbox"/> Onbekend	<input type="checkbox"/> Niet verdacht <input type="checkbox"/> Bilateraal
Ct-thorax - CORADS score	<input type="checkbox"/> Niet verricht <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Onbekend, geen CORADS score	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5
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, 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"/> 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"/> 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