

Uppföljning till studien slutning av loop-ileostomi (LISTO)**Anastomosteknik uppföljningsblankett 1***I samband med 30 dagars återbesök. **Hela** postoperativa förloppet.*

Randomiseringsnummer: _ _ _

Initialer: _____

Födelsedata (år, månad): _ _ _ _ / _ _

Kön: Man / Kvinna

Datum för återbesök (år, månad, dag): _ _ _ _ / _ _ / _ _

Utskrivningsdatum vid slutningen av stomin
(år, månad, dag): _ _ _ _ / _ _ / _ _

Reopererad: Ja: _____ Nej: _____

Datum (år, månad, dag): _ _ _ _ / _ _ / _ _

Orsak: _____

Finns tecken till bräck på platsen där stomin var? Ja: _____ Nej: _____

Tunntarms-ileus: Ja: _____ Nej: _____

Sår ruptur? Ja: _____ Nej: _____

Abscess? Ja: _____ Nej: _____

Anastomos-insufficiens? Ja: _____ Nej: _____

Sårinfektion? Ja: _____ Nej: _____

Övriga komplikationer (t ex pneumoni, cystit): Ja: _____ Nej: _____

Orsak: _____

Undertecknad intygar att denne ej sökt information om de blindade uppgifterna i studien eller tagit del av patientens operationsberättelse.

Läkarens underskrift: _____

Datum (år, månad, dag) : _ _ _ _ / _ _ / _ _