

**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) : \_ \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_