

Uppföljning efter slutning av loop-ileostomi

Förslutning av bukväggen

(I samband med sedvanlig 3 års cancerkontroll)

Randomiseringsnummer: _ _ _ _

Initialer: _____

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

Kön: Man / Kvinna

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

Stoma site bräck kliniskt? Ja: _____ Nej: _____

Stoma site bräck röntgenologiskt? Ja: _____ Nej: _____

Största diameter/alt längd på stoma site ärr (cm) _____

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

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): _ _ _ _ / _ _ / _ _