

Nationell kvalitetsuppföljning av gastroschisis

Patient namn:
Person-nummer:

Prenatalt

Prenatal diagnos GV:

Para:

Mors ålder:

Diagnostik: Ja Nej Fynd

RUL(Rutin ultraljud)

KUB(Kombinerat ultraljud och bl prov)

NIPT(Non invasive prenatal test)

Kariotyp

CHG-array

Amniocentes

Moderkakaprov (CVB)

MRI, GV

Andra missbildningar: Ja Nej typ:

Misstanke om complex gastroschisis

(assoc GI atresi,stenos, volvulus): Ja Nej typ:

Surveillance: Typ (UL/CTG/Flöde/Annat) Fynd

1. GV...

2. GV...

3. GV...

4. GV...

Tarmbedömning intra- och extrabdominellt, ringa in avvikande fynd:

Ventrikel dilaterad Intracorporeal tarmdilatation-----mm GV Extracorporeal
tarmdilatation-----mm GV

Cirkulationspåverkan Peristaltik nedsatt

Vägg tjocklek

1.Gv... _____mm

2.Gv... _____mm

3.Gv... _____mm

Planerad förlossning: Typ Gv
a. Vaginal
b. Sectio

Prenatal rådgivning med barnkirurg: Ja (Gv.....) Nej
Prenatal steroid given/GV: Ja Nej
Förlossningssätt: Typ Gv.....

Om annat än planerad, indikation:

Maternal:	värkar	vattenavgång
Foster:	CTG förändringar	Flödesförändringar i art umb
	Försämrat tarmstatus	Annat

Övrigt

Postnatalet

Mors ålder vid partus _____

Barn i ordningen hos mor (levande- och/eller dödfödda) _____

Antalet kända graviditeter hos mor _____

Förlossningssätt: Sectio planerat Sectio akut Vaginal

Kön Pojke Flicka

Gestationsålder	<37	≥37
Födelsevikt	_____kg	
Födelselängd	_____cm	
Hereditet	Ja	Nej
Annan associerad missbildning (ej tarmmissbildning)	Ja	Nej

Typ: _____

Peroperativ data/Tidig postoperativ uppföljning

Missbildning	Simplex	Komplex (associerad tarmmissbildning)
Om komplex, ungefärlig tunntarmslängd (cm)	_____	
Ålder vid operation (timmar)		
Narkos vid primär åtgärd	Ja	Nej
Primärslutning	Ja	Nej
Användning av patch(vilket material?)		Ja Nej
Användning av Silo	Ja	Nej
Datum silo in och ut	_____	

Datum för nedläggning/slutning

Tarmresektion Ja Nej
 Antal narkoser under vårdtillfället _____
 Antal operationer (ingrepp i buken) _____
 Datum in och ut IVA (utifrån op) _____
 Datum i och ur respirator _____
 Datum påbörjad entral uppfödning _____
 Datum enteral nutrution _____

Parenteral nutrition(dagar) _____
 Vårdtid barnkir klinik _____
 Picline ut _____
 CVK ut _____
 Vårdtid hemsjukhuset _____

Postoperativa komplikationer

Picline relaterad sepsis verifierad med blododling	Ja		Nej
CVK relaterad sepsis verifierad med blododling	Ja		Nej
Sårinfektion	Ja		Nej
Ileus	Ja		Nej
Tarmischemi	Ja		Nej
Kolestas(konjugerat Bil>50)		Ja	Nej
Trombos	Ja		Nej
Annat avvikande relaterat.normalförloppet:			
NEC	Ja		Nej
Silo rel. komplikationer	Ja		Nej
Tarmsvikt	Ja		Nej
Associerade leversjukdom pga tarmsvikt	Ja		Nej

Utskrivning

Datum utskrivning _____

Nutritionssätt:	Amning	Flaska	V-sond	TPN
Nutrition vid utskrivning:	Mors bröstmjolk	Tillägg/bröstmjölksersättning		
Typ av TPN (SMOF, Clinoleic etc)				
Utskrivningsvikt	_____ kg			
Utskrivningslängd	_____ cm			

