

Urethralbänder-Daten-Erfassung - Op

Abteilungsstem
pel

Identifizierung der Patientin:

Initialen: ___/___

Geburtsdatum: ___/___/___

interne Nummer: _____

zum rascheren Auffinden bei
Rückfragen (zB: KG Nr)

Diagnose:

(Bitte zutreffendes anstreichen)

primäre Stressinkontinenz

gemischte Inkontinenz

keine Inkontinenz

Recidivstressinkontinen

Rezidiv-/gemischte Inkontinenz

sonstiges: _____

Operation:

(Bitte zutreffendes anstreichen)

TVT (Ethicon)

SPARC (OptiMed)

sonstiges: _____

Zugangsweg:

suprapubisch

vaginal

transobdurat.

Op-Datum: ___/___/___

Operateur (Blockbuchstaben): _____

Zusatzeingriff: ja / nein

Raphie: vordere / hintere

Hysterektomie

sonst.: _____

Anästhesie:

(Bitte zutreffendes anstreichen)

spinal

lokal mit /ohne Sedoanalgesie

Allgemeinnarkose

Komplikationen:

(Bitte zutreffendes anstreichen)

Blasenperforation

Blutung: Hb-Abfall <2g/dl 2-5 >5

sonst.: _____

Anamnese:

(Bitte zutreffendes anstreichen)

Dauer der Inkontinenz: <1a / 1-5a / >5a

Inkontinenzgrad: 1 / 2 / 3

vorangegangene Op-Becken:

Uterusexstirpation

Wertheim

sonstige: _____

vorangegangene Inkontinenz-Op:

Burch

Raz

vord.Raphie

Schlinge

TVT

sonstige: _____

präop. Diagnostik:

max.Flow: ___ ml/s (Menge: ___ ml) RH _____

lat. Zystogramm: ja / nein Urethrahypermobilität: nein / ja (___ cm) rot. Desc. vert. Desc. offener BH

Cystoskopie: nein / ja

Harnröhrenkalibrierung: nein / ja

Füllungscystometrie: nein / ja

Urethradruckprofil: nein / ja

Ruheverschußdruck < 30 cmH2O

> = 30 cm H2O

postop. Verlauf:

Harnstatus: o.B. Leuko ___ Ery ___ Harnkultur: _____

Schmerzen: nein / ja Therapie: _____

Tage bis RH < 100ml: ___

ISC

Cystofix

sonstige: _____

Postop. HB-Abfall: <2g 2-5g >5g

Reop. ja / nein

OP-Datum: ___/___/___

Bemerkung: