

REOPERATION

Personnummer: _____

Operationsdatum (åååå-mm-dd): _____

Längd (cm): _____

Vikt (kg): _____

Antibiotika

Ja Nej

Profylaktiskt behandling i samband med operation

Intraoperativt (sköljning implantat/håla)

Postoperativt

Mammografi

Genomgången under de senaste 6 månaderna

Registrering

Patientrapporterade besvär/

Operationsindikationer	VÄNSTER		HÖGER	
Smärta	Ja	Nej	Ja	Nej
Svullnad av bröst	Ja	Nej	Ja	Nej
Oro för implantat	Ja	Nej	Ja	Nej
Oro för implantatläge	Ja	Nej	Ja	Nej
Storleksbyte	Ja	Nej	Ja	Nej
Önskad formförändring	Ja	Nej	Ja	Nej
Hårt bröst	Ja	Nej	Ja	Nej
Önskat implantatuttag	Ja	Nej	Ja	Nej
Infektion (T81.4)	Ja	Nej	Ja	Nej
Nyupptäckt bröstcancer	Ja	Nej	Ja	Nej
Symptomkomplex Breast Implant Illness	Ja	Nej	Ja	Nej

Peroperativ status

Ruptur/Deflation	Ja	Nej	Ja	Nej
Rotation	Ja	Nej	Ja	Nej
Felläge/Migration	Ja	Nej	Ja	Nej
Double Bubble	Ja	Nej	Ja	Nej
Kapsel (T85.4)	Ja	Nej	Ja	Nej
Dubbelkapsel	Ja	Nej	Ja	Nej
Serom/Exsudat (T81.8)	Ja	Nej	Ja	Nej
Hematom	Ja	Nej	Ja	Nej

Bekräftad ALCL preoperativt **Ja Nej Ja Nej**

Bekräftad ALCL postoperativt **Ja Nej Ja Nej**

Åtgärd

VÄNSTER HÖGER

Permanent uttag av implantat Ja Nej Ja Nej

Återinsättning av befintligt implantat Ja Nej Ja Nej

Nyinsättning av implantat efter tidigare protesuttag Ja Nej Ja Nej

Implantatbyte Ja Nej Ja Nej

Kapselklyvning Ja Nej Ja Nej

Enbloc resektion Ja Nej Ja Nej

Total kapselborttagning Ja Nej Ja Nej

Partiell kapselborttagning Ja Nej Ja Nej

Kapselförsnävning Ja Nej Ja Nej

Nät/ADM in Ja Nej Ja Nej

Lambå Ja Nej Ja Nej

Fettransplantation Ja Nej Ja Nej

Volym fett i ml _____

Har patient haft bröstcancer på aktuell sida Ja Nej Ja Nej

Genomgången strålbehandling innan operation Ja Nej Ja Nej

VÄNSTER bröst

Årtal för start av implantatkirurgi: _____

När sattes aktuellt implantat in: _____

Sattes aktuellt implantat in på min klinik Ja Nej

Implantat som TAS UT

Typ av implantat

 Implantat Expanderprotes

Tillverkare: _____

Serienummer: _____

Innehåll

 Koksaltlösning Silikon Koksaltlösning och silikon

Volym: _____

Stämplad volym (expanderprotes): _____

Form Motiva Ergonomix registreras som rund form. Rund Anatomisk**Yta** Slät/Nanotexturerad Mikro/Makrotexturerad Polyuretan**Läge** Submuskulärt Subglandulärt/Prepektoralt Subfasciellt Dual plane

Implantat som SÄTTS IN

Typ av permanent implantat

 Implantat Expanderprotes

Tillverkare: _____

Serienummer: _____

PLATS FÖR DEKAL

Innehåll

 Koksaltlösning Silikon Koksaltlösning och silikon

Volym: _____

Stämplad volym (expanderprotes): _____

Form före implantation Motiva Ergonomix registreras som rund form. Rund Anatomisk**Yta** Slät/Nanotexturerad Mikro/Makrotexturerad Polyuretan**Läge** Submuskulärt Subglandulärt/Prepektoralt Subfasciellt Dual plane

HÖGER bröst

Årtal för start av implantatkirurgi: _____

När sattes aktuellt implantat in: _____

Sattes aktuellt implantat in på min klinik Ja Nej

Implantat som TAS UT

Typ av implantat

 Implantat Expanderprotes

Tillverkare: _____

Serienummer: _____

Innehåll

 Koksaltlösning Silikon Koksaltlösning och silikon

Volym: _____

Stämplad volym (expanderprotes): _____

Form Motiva Ergonomix registreras som rund form. Rund Anatomisk**Yta** Slät/Nanotexturerad Mikro/Makrotexturerad Polyuretan**Läge** Submuskulärt Subglandulärt/Prepektoralt Subfasciellt Dual plane

Implantat som SÄTTS IN

Typ av permanent implantat

 Implantat Expanderprotes

Tillverkare: _____

Serienummer: _____

PLATS FÖR DEKAL

Innehåll

 Koksaltlösning Silikon Koksaltlösning och silikon

Volym: _____

Stämplad volym (expanderprotes): _____

Form före implantation Motiva Ergonomix registreras som rund form. Rund Anatomisk**Yta** Slät/Nanotexturerad Mikro/Makrotexturerad Polyuretan**Läge** Submuskulärt Subglandulärt/Prepektoralt Subfasciellt Dual plane