

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC)

Inrapporterande sjukhus/enhet

Personnr

Anmälade inrapportör

Namn

Datum för inrapportering (År-mån-dag)

SIDA /DATUM /INGREPP

☐ Höger☐ Vänster**Vid cancer i båda brösten, fyll i ett formulär för varje sida.**

Datum för rekonstruktivt onkoplastikkirurgiskt ingrepp (År-mån-dag)

Typ av ingrepp ☐ Partiell mastektomi (HAB40) Gå vidare och besvara frågor under A, E☐ Mastektomi/ Subkutan mastektomi (HAC10/15/20)

Gå vidare och besvara frågor under B, D, E (om implantat besvara även C)

A) PARTIELL MASTEKTOMI + SAMTIDIG ONKOPLASTIKKIRURGI

Specificera typ av onkoplastikkirurgiskt ingrepp (OPB)

☐ Omformning (intern lambå) + sutur (HAB40 + ZZR70) t.ex. J-plastik, round block, batwing, Grisotti☐ Reduktionsplastik (HAB40 + HAD30/35)☐ Volymssubstitution med lambå (HAB40 + HAE10) t.ex. perforantlambå (ex. LICAP), killambå ZZR05, LD-minilambå ZZR10

B) MASTEKTOMI + SAMTIDIG REKONSTRUKTION

Typ av rekonstruktion

☐ Implantat (HAE00)

Typ av implantat

☐ Permanent protes (HAE00)☐ Permanent expanderprotes (HAE00+ZZS50)☐ Tillfällig expanderprotes (HAE00 + ZZS50)

Typ av täckning av implantat

☐ Enbart muskel☐ Muskel + dermis eller fascialambå☐ Muskel + nät/ADM☐ Prepektoralt med nät/ADM☐ Prepektoralt utan nät/ADM

Typ av nät/ADM

☐ Biologisk matrix☐ Syntetisk matrix, resorberbar☐ Syntetisk matrix, icke resorberbar☐ Autolog (HAE10)

Typ av lambå

☐ Muskelokutan stjälkad lambå (HAE10+ZZR10) tex LD☐ Fri lambå hud (HAE10+ZZQ00)☐ Fri lambå hud + muskel (HAE10+ZZQ10) tex DIEP☐ Annan stjälkad lambå ex Goldilock (HAE10 +ZZR00/05)☐ Autolog + Implantat (HAE05)

Typ av lambå

☐ Muskelokutan stjälkad lambå (HAE05+ZZR10)☐ Fri lambå hud (HAE05+ZZQ00)☐ Fri lambå hud + muskel (HAE05+ZZQ10)☐ Annan stjälkad lambå ex Goldilock (HAE05+ZZR00/05)

Patientens personnummer

Patientens namn

Typ av implantat

- ☐ Permanent protes (HAE00)
☐ Permanent expanderprotes (HAE00)
☐ Tillfällig expanderprotes (HAE00+ZZS50)

C) ANTIBIOTIKABEHANDLING

Profylaktisk antibiotikabehandling

☐ Nej ☐ Ja

D) UPPGIFTER OM IMPLANTAT (Variabler för BRIMP registret)

Tillverkare

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Allergan | ☐ B-Lite | ☐ Arion |
| ☐ Eurosilicone | ☐ Mentor | ☐ Perthese |
| ☐ Polytech | ☐ Silimed | ☐ PIP |
| ☐ Motiva | ☐ Övrigt | |

Volym (expanderprotes stämplad volym)..... ml/cc/g

- | | | | |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Yta | ☐ Slät | ☐ Texturerad | ☐ Polyuretan |
| Form | ☐ Rund | ☐ Anatomisk | |
| Fyllnad | ☐ Gel | ☐ Koksalt | ☐ Kombination |

E) SAMTIDA KONTRALATERALT INGREPP

☐ Nej ☐ Ja

Om ja,

Syfte med kontralaterala ingreppet

☐ Profylaktiskt ☐ För symmetri ☐ Cancer * ☐ Annat

Vilket ingrepp (besvaras ej om kontralaterala ingreppet är pga cancer)

- ☐ Reduktion (HAD30/35)
☐ Mastektomi (HAC20)
☐ Mastektomi med rekonstruktion (HAC20+ HAE00/05/10)
☐ Subkutan mastektomi med rekonstruktion (HAC10/15 +HAE00/05/10)
☐ Mastopexi (HAD40)
☐ Augmentation (HAD10)

*OBS **Vid cancer i båda brösten, fyll i ett formulär för varje sida.**