

Imię i nazwisko pacjentki: PESEL:

Rozpoznanie:

Rodzaj zabiegu:
 Zabieg pierwotny zabieg interwałowy zabieg wtórny (leczenie wznowy, niewyleczonego nowotworu) inne Laparoscopia
 Laparotomia

Czas trwania zabiegu (min.) Opis zabiegu Data: Operator:
 1 Asysta: 2 Asysta:

Opis zabiegu

LOKALIZACJA ZMIAN NOWOTWOROWYCH PRZED ZABIEGIEM	WIELKOŚĆ ZMIAN (największy wymiar w cm, jeśli > 0)
PŁYN:..... ml	
MIEDNICA:	
<input type="checkbox"/> przydatki prawe	..... cm
<input type="checkbox"/> przydatki lewe	..... cm
<input type="checkbox"/> macica	..... cm
<input type="checkbox"/> esica/prostnica	..... cm
<input type="checkbox"/> zatoka Douglasa	..... cm
<input type="checkbox"/> zachyłek pęcherzowo-maciczny	..... cm
<input type="checkbox"/> otrzewna ścienna	..... cm
<input type="checkbox"/> inne	..... cm
ŚRÓDBRZUSZE:	
JELITO GRUBE:	
<input type="checkbox"/> wstępnica	..... cm
<input type="checkbox"/> poprzecznicza	..... cm
<input type="checkbox"/> zstępnica	..... cm
<input type="checkbox"/> powierzchnia krezki	..... cm
<input type="checkbox"/> korzeń krezki	..... cm
JELITO CIENKIE:	
<input type="checkbox"/> pętla	..... cm
<input type="checkbox"/> powierzchnia krezki	..... cm
<input type="checkbox"/> korzeń krezki	..... cm
SIEĆ WIĘKSZA:	
<input type="checkbox"/> podokrężnicza	..... cm
<input type="checkbox"/> więzadła: żołądkowo-okrężnicze	..... cm
<input type="checkbox"/> więzadła: żołądkowo-śledzionowe	..... cm
OTRZEWNA	
<input type="checkbox"/> lewy górny kwadrant jamy brzusznej	..... cm
<input type="checkbox"/> prawy górny kwadrant jamy brzusznej`	..... cm
NADBRZUSZE:	
<input type="checkbox"/> otrzewna kopyły przepony	..... cm
<input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> prawa	..... cm
<input type="checkbox"/> torebka Gleasona/wątroba	..... cm
<input type="checkbox"/> śledziona	..... cm
<input type="checkbox"/> wnęka wątroby, pęcherzyk żółciowy	..... cm
<input type="checkbox"/> sieć mniejsza/żołądek/XII-nica	..... cm
<input type="checkbox"/> inne	..... cm
WĘZŁY CHŁONNE	
<input type="checkbox"/> miednicy	..... cm
<input type="checkbox"/> okołoaortalne	..... cm
<input type="checkbox"/> Inne	..... cm

LOKALIZACJA ZMIAN NOWOTWOROWYCH PO CYTOREDUKCJI	WIELKOŚĆ POZOSTAŁYCH RESZTEK (największy wymiar w cm, jeśli > 0)
MIEDNICA:	
<input type="checkbox"/> przydatki prawe	..... cm
<input type="checkbox"/> przydatki lewe	..... cm
<input type="checkbox"/> macica	..... cm
<input type="checkbox"/> esica/prostnica	..... cm
<input type="checkbox"/> zatoka Douglasa	..... cm
<input type="checkbox"/> zachyłek pęcherzowo-maciczny	..... cm
<input type="checkbox"/> otrzewna ścienna`	..... cm
<input type="checkbox"/> inne	..... cm
ŚRÓDBRZUSZE:	
JELITO GRUBE:	
<input type="checkbox"/> wstępnica	..... cm
<input type="checkbox"/> poprzecznicza	..... cm
<input type="checkbox"/> zstępnica	..... cm
<input type="checkbox"/> powierzchnia krezki	..... cm
<input type="checkbox"/> korzeń krezki	..... cm
JELITO CIENKIE:	
<input type="checkbox"/> pętla	..... cm
<input type="checkbox"/> powierzchnia krezki	..... cm
<input type="checkbox"/> korzeń krezki	..... cm
SIEĆ WIĘKSZA:	
<input type="checkbox"/> podokrężnicza	..... cm
<input type="checkbox"/> więzadła: żołądkowo-okrężnicze	..... cm
<input type="checkbox"/> więzadła: żołądkowo-śledzionowe	..... cm
OTRZEWNA	
<input type="checkbox"/> lewy górny kwadrant jamy brzusznej	..... cm
<input type="checkbox"/> prawy górny kwadrant jamy brzusznej`	..... cm
NADBRZUSZE:	
<input type="checkbox"/> otrzewna kopyły przepony	..... cm
<input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> prawa	..... cm
<input type="checkbox"/> torebka Gleasona/wątroba	..... cm
<input type="checkbox"/> śledziona	..... cm
<input type="checkbox"/> wnęka wątroby, pęcherzyk żółciowy	..... cm
<input type="checkbox"/> sieć mniejsza/żołądek/XII-nica	..... cm
<input type="checkbox"/> inne	..... cm
WĘZŁY CHŁONNE	
<input type="checkbox"/> miednicy	..... cm
<input type="checkbox"/> okołoaortalne	..... cm
<input type="checkbox"/> Inne	..... cm

Śródoperacyjna ocena stopnia zaawansowania wg FIGO 2014 Maksymalna wielkość pozostawionych resztek po cytoredukcji cm

Założono cewnik do IP: TAK NIE Wynik badania śródoperacyjnego

Nazwa ośrodka

Imię i nazwisko lekarza