

Personnummer \_\_\_\_\_  
Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_  
Patientnr. \_\_\_\_\_

### Form P3: Physiotherapist or study nurse, postoperative

#### NEAPE uppgifter om RT och OP

Fylls i senast 3 månader efter operation.

##### Uppgifter om strålbehandling och operationen.

6. Strålningsdos i Gray \_\_\_\_\_  
7. Antal gånger patienten strålbehandlades \_\_\_\_\_  
8. Datum för påbörjad strålbehandling \_\_\_\_\_  
9. Datum för avslutad strålbehandling \_\_\_\_\_

10. Operationsdatum \_\_\_\_\_

- |  |                                 |                                |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| 11. Antibiotikaproylax given           | 0. Nej <input type="checkbox"/> | 1. Ja <input type="checkbox"/> |
| 11. Rekonstruktion av bäckenbotten     | 0. Nej <input type="checkbox"/> | 1. Ja <input type="checkbox"/> |
| 12. Operation med lambå                | 0. Nej <input type="checkbox"/> | 1. Ja <input type="checkbox"/> |
| 13. Lambåsida (höger enligt protokoll) | 1. Hö <input type="checkbox"/>  | 2. Vä <input type="checkbox"/> |
| 14. Operation med kollagenplatta       | 0. Nej <input type="checkbox"/> | 1. Ja <input type="checkbox"/> |
| 15. Fabrikat på kollagenplatta         |                                 |                                |

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| Permacol enligt protokoll | 1. <input type="checkbox"/> |
| Surgicis                  | 2. <input type="checkbox"/> |
| Strattice                 | 3. <input type="checkbox"/> |
| Annat fabrikat            | 4. <input type="checkbox"/> |