

BIOPEX 2 studie

Patiënt Identificatie Nummer: |_|_|_|_|

Initialen: |_|_|_|_|

Post-operatieve complicaties

Heeft de patiënt één of meerdere postoperatieve complicaties doorgemaakt?

 Nee Ja

Indien JA, specificeer hieronder en vul ook 'CRF 8. Serious Adverse Events' in.

Aard complicatie: (meerdere antwoorden mogelijk) Fascie dehiscentie Hematoom buikwand Pneumonie Stoma dehiscentie Nabloeding Atriumfibrilleren Wondinfectie perineaal Urineretentie Myocardinfarct Wondinfectie buikwand Urineweginfectie CVA Presacraal abces Ureterlekkage Delier Intra-abdominaal abces Ileus Anders, namelijk _____

Is er een chirurgische re-interventie gedaan gedurende de opname?

 Ja; vul CRF 8 in A.U.B. Nee

Is de ziekenhuisopname verlengd door een complicatie?

 Ja; vul CRF 8 in A.U.B. Nee

Is er een niet chirurgische re-interventie verricht?

 Ja; vul CRF 8 in A.U.B. Nee**IC-opname**

Is de patiënt op de IC opgenomen geweest?

 Ja, aantal dagen: |_|_|_|_| Nee

BIOPEX 2 studie

Patiënt Identificatie Nummer: |_|_|_|_|

Initialen: |_|_|_|_|

Ontslag

Datum ontslag ziekenhuis:

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|
d d m m m j j j j

Ontslag naar:

- Thuisituatie zonder wondzorg
- Thuisituatie met mantelzorg (wondzorg door bijv partner)
- Thuisituatie met thuiszorg voor wondverzorging
- Extramurale instelling (verzorgings- / verpleeghuis)
- Onbekend

Gaat de patiënt met ontslag met een perineale drain?

- Ja Nee

Indien NEE, specificeer:

Datum verwijdering perineale drain |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_2_|_0_|_|_|_|
d d m m m j j j j**Pijnscore ontslag**

Pijnscore bij zitten uitgevraagd? (score van 0-10)

- Ja, namelijk: |_|_|_|_| Niet uitgevoerd

Pijnscore in rust uitgevraagd? (score van 0-10)

- Ja, namelijk: |_|_|_|_| Niet uitgevoerd

Overlijden

Is de patient gedurende de opname overleden?

- Ja; vul CRF 8 in A.U.B. Nee

Indien JA, specificeer:

Datum overlijden |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_2_|_0_|_|_|_|
d d m m m j j j j

BIOPEX 2 studie

Patiënt Identificatie Nummer: |_|_|_|_|

Initialen: |_|_|_|_|

Checklist

Is er een afspraak gemaakt op de polikliniek 2 weken na de APR?

 Ja Nee; inplannen A.U.B.**Verklaring lokale onderzoeker**

Hierbij verklaar ik dat alle pagina's van dit CRFdeel (ONTSLAG) op compleetheid en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Datum:

_ _ _	_ _ _	_2_ _0_ _ _
d d	m m m	j j j j

Naam onderzoeker: _____

Handtekening onderzoeker: _____

Graag dit CRF (en eventuele SAE CRF's) per post, fax of e-mail sturen naar:

S. Sharabiany, arts-onderzoeker / trial coördinator
Afd. chirurgie, G4-180
Amsterdam UMC, locatie AMC
Postbus 22660
Meibergdreef 9, 1100 DD, Amsterdam
Telefoon: 020-5663070 / 06-53663288
Fax: 020-5666569
E-mail: s.sharabiany@amsterdamumc.nl

Data entry

Initialen data entry: |_|_|_|_|

Initialen controle data entry: |_|_|_|_|