

Patient Identification Number:

Pag 1 van 4

□ □ □ □ □ □

Heropnames/ Reoperaties

Is patiënt vanaf 1 maand postoperatief tot heden nog heropgenomen geweest?

Ja Nee

Aantal heropnames

□ □ □

Zo ja datum heropname:

□ □ □ | □ □ □ □ □ | 2 | 0 | □ □ □ □
d d m m m J J J J

Datum ontslag:

□ □ □ | □ □ □ □ □ | 2 | 0 | □ □ □ □
d d m m m J J J J

Zo ja, waarom:

Aard complicatie: (Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Wondinfectie | <input type="checkbox"/> Naadlekkage | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Fascie dehiscentie | <input type="checkbox"/> Dehydratie | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Intra-abdominaal abces | <input type="checkbox"/> Ileus | <input type="checkbox"/> Myocardinfarct |
| <input type="checkbox"/> Stoma dysfunctie: | <input type="checkbox"/> Bloeding | <input type="checkbox"/> Obstructie |
| - <input type="checkbox"/> stomaprolaps | <input type="checkbox"/> Delerium | <input type="checkbox"/> Urineretentie |
| - <input type="checkbox"/> parastomale hernia | | <input type="checkbox"/> Ureterlekkage |
| - <input type="checkbox"/> high output stoma | | <input type="checkbox"/> CVA |
| | | <input type="checkbox"/> Lokale infectie behandeld met Antibiotica |
| | | <input type="checkbox"/> Misselijkheid waarvoor antiemetica |

Anders nl. _____

Is er een interventie verricht gedurende bovengenoemde opname voor deze complicatie?:

Ja Nee

Zo ja, wat voor type interventie: Chirurgisch Aantal reïnterventies: □ □ □

Radiologisch Aantal reïnterventies: □ □ □

Endoscopisch Aantal reïnterventies: □ □ □

Medicamenteus Aantal reïnterventies: □ □ □



CRF-7b

Follow-up 6 maanden Re-interventies

Patient Identification Number:

Pag 2 van 4

In geval van chirurgische interventie, specificeer:

- Relaparotomie
- Relaparoscopie
- Chirurgische drainage
- Wond geopend aan het bed
- Anders nl. _____

Datum re-interventie:

d d m m m J J J J

Verliep deze interventie gecompliceerd?

Ja

Nee

Zo ja, waardoor _____

In geval van farmacologische interventie met welk medicijn (dosering+ duur behandeling):

Outcome

- Hersteld
- Herstellende
- Niet hersteld
- Hersteld met nawerking
- Fataal
- Onbekend

Serious Adverse Event (SAE)?

- Patiënt overleden
 Specificeer: ≤ 30 dagen > 30 dagen
- Levensbedreigend
- (Verlenging) opname
- Blijvende invaliditeit
- Geen van bovenstaande: Niet-serieus

**Indien Patient is overleden
betreft het een SAE met een
meldingsplicht! Graag dit
meteen melden aan
w.a.borstlap@amc.uva.nl**



CRF-7b

Follow-up 6 maanden Transfusies + labwaarden

Patient Identification Number:

Pag 3 van 4

Ijzersuppletie

Heeft patiënt vanaf 1 maand postoperatief tot heden ijzersuppletie gehad?

Ja

Nee

In geval van Ferinject, datum toediening:

| | 2 0
d d m m m J J J J

In geval van Ferrofumaraat Start datum:

| | 2 0
d d m m m J J J J

Stop datum:

| | 2 0
d d m m m J J J J

Transfusie

Heeft patiënt vanaf 1 maand postoperatief tot heden een bloedtransfusie gehad?

Ja

Nee

Zo ja wanneer:

| | 2 0
d d m m m J J J J

Lab waarden postoperatief na 8 weken

NB: Tenzij patiënt toen nog was opgenomen (dat staat dit al bij CRF-Ontslag)

Datum van bloedafname:

| | 2 0
d d m m m J J J J

Hemoglobine level

| mmol/L

Transferrine Saturation level (TSAT)

| %

Ferritine

| ng/mL

Hematocriet

| %

CRP

| mg/L



CRF-7b

Follow-up 6 maanden Labwaardes + Handtekening

Patient Identification Number:

Pag 4 van 4

Lab waardes postoperatief na 12 weken

Datum van bloedafname:

d d m m m J J J J

Hemoglobine level

, mmol/L

Transferrine Saturation level (TSAT)

%

Ferritine

, ng/mL

Hematocriet

%

CRP

mg/L

Verklaring lokale onderzoeker

Hierbij verklaar ik dat alle pagina's van dit CRF-deel (6 maanden postoperatief) op compleetheit en accuraatheid gecontroleerd zijn.

Datum:

d d m m m J J J J

Naam onderzoeker: _____

Handtekening onderzoeker: _____

!PM! Heeft patiënt de EQ-5D, EORTC C30/CR29, iMPC ingevuld?

