

--	--	--

Patient:

Inklusion efter skriftlig och muntlig information

Ja  Nej 

Kirurgens signatur \_\_\_\_\_

## PREOPERATIV BEDÖMNING

Randomiserad extremitet

Markera sida i bilden

Symtomgivande varicer i  
randomiserad extremitetJa  Nej  → **exklusion!!!**

## DUPLEX

Djup venös reflux på duplex

Ja  → **exklusion!!!** Nej 

STÅENDE POSITION / BREDD

På venundersökningsbrets (maxläge)

V.saphena magna diameter 2 cm nedan inmyningen till v.femoralis superficialis

Höger  mm bredVänster  mm bred

STÅENDE POSITION / REFLUX (Reflux i SFJ vid manual kompression med torneque)

Höger Ja  Nej Vänster Ja  Nej 

V.SAPHENA MAGNA KOMPRESSION / RAPID RELEASE

Höger  sekunderVänster  sekunder

V.SAPHENA MAGNAS AVSTÅND

från hudytan minst 0,5 cm

V.SAPHENA MAGNAS BEHANDLINGSLÄNGD

från SFJ minst 20 cm

Höger Ja  Nej Vänster Ja  Nej Duplexmässiga inklusionskriterier uppfyllda Ja  Nej  → **exklusion!!!**

--	--	--

Klinisk tillstånd: CEAP					
<b>C (Clinical)</b>	<b>C0</b>	Inga synliga eller palpabla tecken till venös sjd	<b>E (etiologi)</b>	Ec	Kongenital
	<b>C1</b>	Telangiektasier eller retikulära vener		Ep	Primär
	<b>C2</b>	Varicer		Es	Sekundär
	<b>C3</b>	Ödem		En	Ej ven sjd
	<b>C4a</b>	Pigmentering eller eksem			
	<b>C4b</b>	Lipodermatoskleros eller atrofi blanche			
	<b>C5</b>	Läkta venösa sår			
	<b>C6</b>	Ej läkta venösa sår			
	<b>S</b>	Symtomgivande			
	<b>A</b>	Ej symtomgivande			

**Höger ben**

C1	C2	C3	C4a	C4b	C5	C6	S
Telangiektasier eller retikulära vener	Varicer >3mm	Ödem	Pigmentering eller eksem	Lipodermatoskleros eller atrofi blanche	Läkta venösa sår	Ej läkta venösa sår	Symptomgivande
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vänster ben**

C1	C2	C3	C4a	C4b	C5	C6	S
Telangiektasier eller retikulära vener	Varicer >3mm	Ödem	Pigmentering eller eksem	Lipodermatoskleros eller atrofi blanche	Läkta venösa sår	Ej läkta venösa sår	Symptomgivande
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tidigare behandling FÖR VENÖS SJUKDOM (endast det randomiserade benet)**

Ben	Höger		Vänster	
	v. saphena magna	v. parva	v. saphena magna	v. parva
<b>Skleroterapi</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Flebektomier</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Tidigare HUB</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Tidigare stripping</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>RF eller Laser</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Kompressionsstrumpor</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Annat</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Ja  → **exklusion!!!** Nej

--	--	--

# Operationsprotokoll

## Laser, RF och sklerosering av VSM

Operatör:.....

Duplex preop:.....

Operationsdatum: .....

**Sida:** Hö Vä Bilat**Access:** Friläggning Punktion**Toumescens:**..... ml **Behandlingsstart**..... cm från konfluensen**LASER****Total energi:**..... J**Effekt:** .....W**Antal pulsar:**..... st**RF CLOSURE FAST**

Antal pulsar.....st

**SKLEROSERING**

Given mängd foam.....ml

**Behandlad venlängd:** ..... cm**Duplexkontroll:** Post-op:..... Inget flöde Annat

Anmärkning: .....

.....

.....

**Kompletterande åtgärder:** Lokala extirp. Sclerosering Annat

Anmärkning: .....

.....

.....

--	--	--

**PREOPERATIV**



**BEDÖMNING**

Höger

Vänster

	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
<b>Palp puls</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>		<b>Palp puls</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				
<b>ABI</b>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ABI</b>	<input type="checkbox"/>	,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om endera ABI < 0,9 → Exklusion!!!**

**Kön**  Man  Kvinna

**Vikt**  kg (avrundas nedåt till närmsta kg)

**Längd**  cm

**BMI**   $\frac{\text{Vikt (kg)}}{\text{Längd (m)}^2}$

**Vid BMI > 35 → Exklusion!!!**



**FOTO** av randomiserad extremitet tagen



**ABERDEEN Varicose Vein Questionnaire** ifylld

--	--	--

**Patientens EGEN PRIMÄRA ORSAK FÖR BEHANDLING**

Tyngdkänsla	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Värk	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Eksem	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Svullnad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kosmetik	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sår	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Övrigt (ange nedan)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Övrigt:		

**VCSS****Ingen****Lätt****Medelsvår****Svår**

Smärta

Varicer

Venöst ödem

Hudpigmentering

Inflammation

Induration

**Postoperativ kontroll dag 3 – Duplex**Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

DUPLEX	JA	NEJ
Ocklusion / Inget flöde i v. saphena magna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. saphena magna saknas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxfri v.saphena magna till knät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vensegment med reflux ovan knät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	

**Postoperativ smärta – VAS – Dag 3**

Mätning	Dag	VAS
VAS mätning	dag 1 (första postop dagen)	<input type="text"/> , <input type="text"/>
VAS mätning	<b>dag 3 (kontorsbesök)</b>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

**Smärtstillande**

Tagit smärtstillande

Ja Nej 

Vilken typ:

**FOTO** av randomiserad extremitet tagen (Elastisk bandage avtagen)

--	--	--

## Postoperativ kontroll dag 3 - Komplikationer

KOMPLIKATIONER	JA	NEJ
DVT (duplex el flebografi) **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion ** ( <i>behandlingkrävande</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödning ( <i>reop, transfusion el inläggningskrävande</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synligt/palpabelt hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphocele / Likvifierat hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nypåkommen hyperpigmentering postop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneliggande vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missfärgning/bruising Kvarstår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonsymtom **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kommentar

\*\* Vid behov kontaktas läkare

**Postoperativ kontroll dag 30**Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

<b>DUPLEX evaluering</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>
Oklusion / Inget flöde i v. saphena magna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. saphena magna saknas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxfri v.saphena magna till knät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vensegment med reflux ovan knät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	

<b>VCSS</b>	<b>Ingen</b>	<b>Lätt</b>	<b>Medelsvår</b>	<b>Svår</b>
Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venöst ödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudpigmentering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Postoperativ kontroll dag 30

Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

### Postoperativ smärta – VAS – Dag 30

Mätning	Dag	VAS
VAS mätning	dag 5	<input type="text"/> , <input type="text"/>
VAS mätning	dag 7	<input type="text"/> , <input type="text"/>
VAS mätning	Dag 10	<input type="text"/> , <input type="text"/>
VAS mätning	<b>dag 30 (kontorsbesök)</b>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

### Smärtstillande

Tagit smärtstillande

Ja Nej 

Vilken typ:



FOTO av randomiserad extremitet tagen

--	--	--

## Postoperativ kontroll dag 30

Operationsdatum (dag 0):       **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

KOMPLIKATIONER	JA	NEJ
DVT **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion ** (behandlingkrävande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ytlig tromboflebit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödning (reop, transfusion el inläggningskrävande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synlig/palpabel hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parestesi Sensibilitetsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postop nytillkommen hyperpigmentering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneliggande vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* vid behov kontaktas läkare

### Kommentar

## Postoperativ kontroll dag 30

Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL****Tid tills patienten är subjektivt besvärsfri (i dagar efter op)  
(=tid med minskad aktivitetsnivå)**Antal dagar från  
operationsdagen (inkl  
operationsdagen)  dagar**Tid för återgång till arbete (gäller för arbetande patienter JA** Antal dagar från  
operationsdagen (inkl  
operationsdagen)  dagarkompressionbandage /  
kompressionsstrumpor  
används

Ja

Nej

***Kontrollera att följande är utfört***

VAS MÄTNING DAG 1

VAS MÄTNING DAG 3

VAS MÄTNING DAG 5

VAS MÄTNING DAG 7

VAS MÄTNING DAG 10

VAS MÄTNING DAG 30

SF36 ifylld

Aberdeen, venous severity score

--	--	--

## Postoperativ kontroll 1 år

Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

**DUPLEX**

**JA**

**NEJ**

Ocklusion / Inget flöde  
i v. saphena magna



V. saphena magna saknas



Refluxfri v.saphena magna till  
knät



DVT



Vensegment med reflux ovan  
knät



cm

**VCSS**

**Ingen**

**Lätt**

**Medelsvår**

**Svår**

Smärta





Varicer





Venöst ödem





Hudpigmentering





Inflammation





Induration






**FOTO** av randomiserad extremitet tagen



**SF36** ifylld



**Aberdeen, venous severity score**

--	--	--

## Postoperativ kontroll 1 år

Operationsdatum (dag 0):  **OBS DETTA ÄR DAG NOLL**

### Patientens subjektiva bedömning av operationsresultatet vid 1 år

Jag är nöjd med operationsresultatet

Ja  Nej

Jag är mycket nöjd med operationsresultatet

Ja  Nej

Jag är missnöjd med operationsresultatet

Ja  Nej

Skulle du kunna tänka dig att genomgå samma operation 1 gång till

Ja  Nej

Skulle du rekommendera samma operation till en nära vän med samma typ av besvär

Ja  Nej

### Orsak till att jag är missnöjd med operationen

Symptom kvar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ej nöjd med kosmetiskt resultat	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ej nöjd med omhändertagandet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Kommentar</b>		

--	--	--

## Postoperativ kontroll 1 år

**Kompletterande ingrepp / åtgärder för varicer sjukdom inom 1 år efter primär operation**

Ja  Nej

**Vilken?**

**Klinisk bedömning av recidiv (av kirurg OBS: ej operatören!)**

**Recidiv föreligger**

**JA**  **NEJ**

**Kirurgens Signatur / Namn förtydligande**

---