

# Tonsilleoperasjon peroperativt skjema

Personnummer: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Dato skjemaet fylles ut: \_\_\_\_\_

Operasjonsdato: \_\_\_\_\_

## Hovedindikasjon (Bare ett alternativ)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Luftveisobstruksjon/snorking/<br>Hypertrofe tonsiller | <input type="checkbox"/> Peritonsillitt/Peritonsillær abcess |
| <input type="checkbox"/> Gjentatte tonsillitter                                | <input type="checkbox"/> Systemkomplikasjon til tonsillitt   |
| <input type="checkbox"/> Kronisk tonsillitt                                    | <input type="checkbox"/> Om annet, spesifiser: _____         |

Primæroperasjon  Reoperasjon  Tonsillektomi á chaud  Ja  Nei

Postoperativ håndtering:  Dagkirurgi  Innleggelse

## Operasjonsmetode

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tonsillektomi (EMB10)             | <input type="checkbox"/> Tonsillotomi (EMB15/EMB12)                     |
| <input type="checkbox"/> Tonsillektomi + adenotomi (EMB20) | <input type="checkbox"/> Tonsillotomi + adenotomi (EMB15/EMB12 + EMB30) |

Infiltrasjon med lokalanestesi før knivstart  Ja, Xylocain  Ja, Marcain  Nei

Infiltrasjon med lokalanestesi med adrenalin før knivstart  Ja  Nei

## Operasjonsteknikk

(Teknikk som benyttes ved operasjon av tonsillene)

- Kaldt stål
- Koblator
- Radiofrekvens (f.eks. Sutter, Ellman, Olympus)
- Diatermisaks
- Ultracision
- Disseksjon med bipolar diatermi
- Laser
- Unipolar diatermi

Annet: \_\_\_\_\_

## Blodstillingsmetode (Under eller etter disseksjon)

- Ingen (=tørt etter disseksjon)
- Kompresjon
- Kompresjon (med legemiddel) Hvilket legemiddel: \_\_\_\_\_
- Infiltrasjonsanestesi med adrenalin
- Unipolar diatermi
- Bipolar diatermi
- Ligatur / Suturligatur
- Laser
- Radiofrekvens
- Koblator
- Annet: \_\_\_\_\_

## Angi samtlige legemiddel som forskrives til pasienten for hjemreise etter operasjonen

Minst ett alternativ må angis

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen legemiddel er anbefalt/forskrevet | <input type="checkbox"/> Antibiotika                     |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol                             | <input type="checkbox"/> Paralgin / Pinex forte          |
| <input type="checkbox"/> Tramadol/Nobligan                       | <input type="checkbox"/> Morfinpreparat (Oksykodon osv.) |
| <input type="checkbox"/> COX2-hemmere                            | <input type="checkbox"/> Traneksamsyre                   |
| <input type="checkbox"/> NSAID                                   | <input type="checkbox"/> Annet, angi hva: _____          |
| <input type="checkbox"/> Steroider                               | _____  |

Legens navn: .....