

STUDIENUMMER

# CRF

(CASE REPORT FORM)

## Antibiotikaprofylax vid primära och sekundära bröstrekonstruktioner med implantat, en randomiserad prospektiv studie.

### PATIENTUPPGIFTER

Namn: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Opererande sjukhus/klinik: \_\_\_\_\_

Operationsdatum: \_\_\_\_\_

**Studiearm:** 1. Endos   
2. Flerdos

**Antibiotika:** 1. Kloxacillin/Ekvacillin   
2. Klindamycin/Dalacin

**Operationstyp:** 1. *Primär rekonstruktion:*  
- Mastektomi + sentinel node   
- Mastektomi + axillutrymning   
- Profylaktisk mastektomi

2. *Sekundär rekonstruktion:*  
- Expanderimplantat   
- Permanent implantat   
- Lambå + implantat

**Övrig behandling:** 1. Strålbehandling? JA  NEJ   
2. Cytostatika? JA  NEJ   
Om JA på fråga 2.: a. Neoadjuvant?   
b. Adjuvant?

Vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Diabetes? JA  NEJ   
Rökning? JA  NEJ   
Immunosuppressiv behandling? JA  Vilken? \_\_\_\_\_ NEJ

Namn: \_\_\_\_\_

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

Studienummer: \_\_\_\_\_

**10 DAGAR (+/- 3 DGR) POSTOPERATIVT**

Datum:

Sjuksköterska fyller i nedanstående uppgifter vid återbesök på mottagningen och vid behov utifrån patientens journal.

Har patienten fått följande **biverkningar** av given antibiotikaproylax:

- |                         |    |                          |               |                              |
|-------------------------|----|--------------------------|---------------|------------------------------|
| 1. Hudutslag?           | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ           | <input type="checkbox"/>     |
| 2. Diarré/lös avföring? | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ           | <input type="checkbox"/>     |
| 3. Tromboflebit?        | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ           | <input type="checkbox"/>     |
| 4. Annan biverkan?      | JA | <input type="checkbox"/> | Vilken? _____ | NEJ <input type="checkbox"/> |

Har patienten tecken på **infektion** i det rekonstruerade bröstet?      JA       NEJ

Om svaret är **JA** på frågan om infektion ovan svara även på frågorna nedan:

CRP = \_\_\_\_\_

Vilken antibiotika får patienten? \_\_\_\_\_

Antibiotika i tablettform eller intravenöst? \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

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

Studienummer: \_\_\_\_\_

**1 MÅNAD (+/- 7 DGR) POSTOPERATIVT**

Datum: \_\_\_\_\_

Studiesjuksköterska fyller i nedanstående uppgifter efter telefonsamtal med patienten och vid behov utifrån patientens journal.

Har patienten fått antibiotikabehandling sedan återbesöket (7-10 dgr postop) p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA

NEJ

Om **JA** på frågan ovan svara även på frågorna nedan:

Vilken sort antibiotika har patienten fått? \_\_\_\_\_

Antibiotika i tablettform eller intravenöst? \_\_\_\_\_

CRP taget?

JA  Värde: \_\_\_\_ NEJ

Har patienten varit tvungen att avlägsna bröstimplantatet sedan återbesöket (7-10 dgr postop) p.g.a. en infektion i bröstet?

JA

NEJ

Har patienten varit tvungen att boka extrabesök hos läkare eller sjuksköterska sedan återbesöket (7-10 dgr postop) p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal besök: \_\_\_\_

NEJ

Har patienten varit sjukskriven sedan återbesöket (7-10 dgr postop) p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal dgr: \_\_\_\_\_

NEJ

Namn: \_\_\_\_\_

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

Studienummer: \_\_\_\_\_

### 3 MÅNADER (+/- 7 DGR) POSTOPERATIVT

Datum:

Studiesjuksköterska fyller i nedanstående uppgifter efter telefonsamtal med patienten och vid behov utifrån patientens journal.

Har patienten fått antibiotikabehandling sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA

NEJ

Om **JA** på frågan ovan svara även på frågorna nedan:

Vilken sort antibiotika har patienten fått? \_\_\_\_\_

Antibiotika i tablettform eller intravenöst? \_\_\_\_\_

CRP taget?

JA  Värde: \_\_\_\_ NEJ

Har patienten varit tvungen att avlägsna bröstimplantatet sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i bröstet?

JA

NEJ

Har patienten varit tvungen att boka extrabesök hos läkare eller sjuksköterska sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal besök: \_\_\_\_

NEJ

Har patienten varit sjukskriven sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal dgr: \_\_\_\_\_

NEJ

Namn: \_\_\_\_\_

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

Studienummer: \_\_\_\_\_

**6 MÅNADER (+/- 14 DGR) POSTOPERATIVT**

Datum:

Studiesjuksköterska fyller i nedanstående uppgifter efter telefonsamtal med patienten och vid behov utifrån patientens journal.

Har patienten fått antibiotikabehandling sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA

NEJ

Om **JA** på frågan ovan svara även på frågorna nedan:

Vilken sort antibiotika har patienten fått? \_\_\_\_\_

Antibiotika i tablettform eller intravenöst? \_\_\_\_\_

CRP taget?

JA  Värde: \_\_\_\_ NEJ

Har patienten varit tvungen att avlägsna bröstimplantatet sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i bröstet?

JA

NEJ

Har patienten varit tvungen att boka extrabesök hos läkare eller sjuksköterska sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal besök: \_\_\_\_

NEJ

Har patienten varit sjukskriven sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal dgr: \_\_\_\_\_

NEJ

Namn: \_\_\_\_\_

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

Studienummer: \_\_\_\_\_

**12 MÅNADER (+/- 14 DGR) POSTOPERATIVT**

Datum:

Studiesjuksköterska fyller i nedanstående uppgifter efter telefonsamtal med patienten och vid behov utifrån patientens journal.

Har patienten fått antibiotikabehandling sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA

NEJ

Om **JA** på frågan ovan svara även på frågorna nedan:

Vilken sort antibiotika har patienten fått? \_\_\_\_\_

Antibiotika i tablettform eller intravenöst? \_\_\_\_\_

CRP taget?

JA  Värde: \_\_\_\_ NEJ

Har patienten varit tvungen att avlägsna bröstimplantatet sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i bröstet?

JA  NEJ

Har patienten varit tvungen att boka extrabesök hos läkare eller sjuksköterska sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal besök: \_\_\_\_ NEJ

Har patienten varit sjukskriven sedan förra telefonuppföljningen p.g.a. en infektion i det rekonstruerade bröstet?

JA  Antal dgr: \_\_\_\_ NEJ

**PATIENTBORTFALL:**

- Tidpunkt/datum: \_\_\_\_\_

- Orsak: \_\_\_\_\_

**ÖVRIGT:** \_\_\_\_\_