

E-post: NorSCIR@stolav.no

Hjemmeside: www.norscir.no

Pasientdata	Dato utført
Navn	Dato
Fødselsnr. (11 siffer)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å

Gastrointestinal dysfunksjon eller analsfinkterdysfunksjon uten relasjon til ryggmargsskaden
 Nei Ja Ukjent

Kirurgiske inngrep i mage-tarm-kanalen

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, appendektomi, dato utført	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	Dato ukjent <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, fjerning av galleblæren, dato utført	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, hemoroidektomi, dato utført	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, kolostomi, sist utført dato	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, ileostomi, sist utført dato	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, appendikostomi, sist utført dato	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja, annet _____, sist utført dato	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d d m m å å å å	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ukjent			

Avføringsmetode og metode for igangsetting av tarmtømming (i løpet av de siste fire ukene)

	Hovedmetode	Tilleggsmetode
Normal avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressing/trykking for å tømme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell digital anorektal stimulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuell fjerning ("plukking")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miniklyster (≤150 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klyster (>150 ml), inkludert transanal irrigasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolostomi	<input type="checkbox"/>	
Stimulering av fremre sakralnerverøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen metode _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Ukjent Ikke relevant

