

**ESTUDIO:  
EVEREG - Profilaxis  
- CRF DESCRIPTIVO -**

Fecha de creación	
Datos Demográficos / Antecedentes	
Fecha de nacimiento	
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Peso (kg)	
Talla (cm)	
IMC calculo automatico	
Ocupación	<input type="checkbox"/> Trabajo físico pesado <input type="checkbox"/> Trabajo físico medio <input type="checkbox"/> Trabajo de oficina <input type="checkbox"/> Sin empleo
Actividad deportiva	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Esporádica (1 vez al mes) <input type="checkbox"/> Moderada (1 vez a la semana) <input type="checkbox"/> Intensa (más de 1 vez a la semana)
Enfermedades Concomitantes	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
EPOC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad hepática, ¿ascitis presente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad renal, ¿hemodiálisis?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad renal, ¿diálisis peritoneal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indicar	<input type="checkbox"/> Asintomática <input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente <input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua <input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada
¿Otras enfermedades concomitantes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar otras enfermedades	
Factores de riesgo	
Tabaco	<input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> No Fumador
Alcohol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Reintervención inmediata	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otros factores de riesgo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor crónico <input type="checkbox"/> Tratamiento con corticoides <input type="checkbox"/> Aneurismo aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante <input type="checkbox"/> Terapia antiagregante <input type="checkbox"/> Enfermedades del colágeno
Especificar enfermedades del colágeno	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Síndrome de Ehlers-Danlos <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón poliquístico

Día de ingreso hospitalario	
Tipo de cirugía	<input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Colon y recto <input type="checkbox"/> Hepatobiliar <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Otro tipo
Técnica quirúrgica - Cirugía Vascular	<input type="checkbox"/> Reparación de aneurisma aórtico abdominal (AAA) <input type="checkbox"/> Otro tipo
Otra técnica cirugía vascular	
Técnica quirúrgica - Cirugía colorrectal	<input type="checkbox"/> Hemicolectomía derecha <input type="checkbox"/> Hemicolectomía izquierda <input type="checkbox"/> Sigmoidectomía <input type="checkbox"/> Resección anterior <input type="checkbox"/> Amputación abdominoperineal <input type="checkbox"/> Laparotomía exploradora <input type="checkbox"/> Otro tipo
Otra técnica cirugía colorrectal	
Técnica quirúrgica - Cirugía hepatobiliopancreática	<input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Colectomía y Coledocotomía <input type="checkbox"/> Anastomosis biliodigestivas <input type="checkbox"/> Hepatectomía <input type="checkbox"/> Duodenopancreatocotomía <input type="checkbox"/> Pancreatocotomía caudal <input type="checkbox"/> Esplenectomía <input type="checkbox"/> Laparotomía exploradora <input type="checkbox"/> Otro tipo
Otra técnica cirugía hepatobiliopancreática	
Técnica quirúrgica - Cirugía Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida - By pass gástrico <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida - Gastrectomía vertical <input type="checkbox"/> Gastrectomía total <input type="checkbox"/> Gastrectomía subtotal <input type="checkbox"/> Esofaguetomía <input type="checkbox"/> Gastroyeyunostomía <input type="checkbox"/> Resección de intestino delgado <input type="checkbox"/> Laparotomía exploradora <input type="checkbox"/> Otro tipo
Otra técnica cirugía gastrointestinal	
Especificar cirugía ginecológica	
Especificar Urología	
Especificar Otro tipo	
Abordaje	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Cirugía abierta por conversión laparoscopia
Indicación para la cirugía	<input type="checkbox"/> Electiva <input type="checkbox"/> Urgencia

- CONFIDENCIAL -

**ESTUDIO: EVEREG - Profilaxis**  
**VISITA: Visita**  
**SECCION: Datos de la Intervención Quirúrgica**



Fecha de la intervención	
Duración de la intervención (minutos)	
Clasificación ASA (Riesgo Anestésico)	<input type="checkbox"/> I.- Sano <input type="checkbox"/> II.- Enfermedad sistémica leve <input type="checkbox"/> III.- Enfermedad sistémica grave <input type="checkbox"/> IV.- Enfermedad sistémica grave con amenaza de la vida <input type="checkbox"/> V.- Paciente moribundo
Tipo de cirugía - incisiones	<input type="checkbox"/> Incisiones de trocar <input type="checkbox"/> Incisión en la línea media <input type="checkbox"/> Incisión subcostal <input type="checkbox"/> Incisión oblicua o lateral <input type="checkbox"/> Incisiones de asistencia
Incisión de asistencia	<input type="checkbox"/> Mini-Pfannenstiel <input type="checkbox"/> Otra
Otra incisión de asistencia	
Especialista de pared presente durante la intervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de anestesia	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Desconocida
Profilaxis antibiótica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intravenosa (1 dosis) <input type="checkbox"/> Más de 1 dosis profiláctica <input type="checkbox"/> Prolongada (terapéutica) <input type="checkbox"/> Ya en tratamiento antibiótico para infección
Clasificación de la cirugía	<input type="checkbox"/> Clase I = Limpia <input type="checkbox"/> Clase II = Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Clase III = Contaminada <input type="checkbox"/> Clase IV = Sucia
Longitud de la incisión (cm)	
Cierre laparotomía	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de técnica de sutura	<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Puntos sueltos <input type="checkbox"/> Otras
Otra técnica de sutura	
Empresa que produce el material de sutura - Reparación	<input type="checkbox"/> ANGIOTECH <input type="checkbox"/> B.BRAUN <input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC <input type="checkbox"/> ETHICON <input type="checkbox"/> ARAGO <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce el material de sutura - Reparación	

Nombre del material de sutura - Reparación	<input type="checkbox"/> QUILL <input type="checkbox"/> SHARPOINT <input type="checkbox"/> LOOK <input type="checkbox"/> DAFILON <input type="checkbox"/> DAGROFIL <input type="checkbox"/> LINATRIX <input type="checkbox"/> MONOMAX <input type="checkbox"/> MONOPLUS <input type="checkbox"/> MONOSYN <input type="checkbox"/> MONOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN <input type="checkbox"/> PREMICON <input type="checkbox"/> PREMILENE <input type="checkbox"/> SAFIL <input type="checkbox"/> SAFIL QUICK + <input type="checkbox"/> STEELEX <input type="checkbox"/> SUPRAMID <input type="checkbox"/> TELON <input type="checkbox"/> VIRGIN SOLK / SILKAM <input type="checkbox"/> BIOSYN <input type="checkbox"/> CAPROSYN <input type="checkbox"/> CHROMIC GUT <input type="checkbox"/> DERMALON <input type="checkbox"/> DEXON <input type="checkbox"/> MAXON <input type="checkbox"/> MAXON CV <input type="checkbox"/> MILD CHROMIC GUT <input type="checkbox"/> MONOSOF <input type="checkbox"/> NOVAFIL <input type="checkbox"/> PLAIN GUT <input type="checkbox"/> POLYSORB <input type="checkbox"/> SOFSILK <input type="checkbox"/> STEEL <input type="checkbox"/> SURGIDAC <input type="checkbox"/> SURGILON <input type="checkbox"/> SURGIPRO <input type="checkbox"/> SURGIPRO II <input type="checkbox"/> TICRON <input type="checkbox"/> VASCUFIL <input type="checkbox"/> V-LOCK 180 <input type="checkbox"/> V-LOCK 90 <input type="checkbox"/> COATED VICRIL PLUS <input type="checkbox"/> COATED VICRYL <input type="checkbox"/> ETHIBOND EXCEL <input type="checkbox"/> ETHILON <input type="checkbox"/> MERSILENE <input type="checkbox"/> MONOCRYL <input type="checkbox"/> MONOCRYL PLUS <input type="checkbox"/> NUROLON <input type="checkbox"/> PDS <input type="checkbox"/> PDS II <input type="checkbox"/> PDS PLUS <input type="checkbox"/> PERMA-HAND SILK <input type="checkbox"/> PROLENE <input type="checkbox"/> PRONOVA <input type="checkbox"/> SURGICAL STAINLESS STEEL <input type="checkbox"/> SURGICAL GUT SUTURE - CHROMIC <input type="checkbox"/> SURGICAL GUT SUTURE - PLAIN <input type="checkbox"/> VICRYL <input type="checkbox"/> PGA - POLIGLICOLICO <input type="checkbox"/> NOREFIL <input type="checkbox"/> POLIPROPILENO <input type="checkbox"/> POLIGLECAPRONA <input type="checkbox"/> PDO - POLIDIOXANONA <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre material de sutura - Reparación	
Relación SL/WL	<input type="checkbox"/> > 4:1 <input type="checkbox"/> = 4:1
Malla profiláctica utilizada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tipo de malla	<input type="checkbox"/> Sintética permanente <input type="checkbox"/> Sintética absorbible
Número de lote de la malla	
Empresa que produce la malla	<input type="checkbox"/> ABISS ANALYTIC BIOSURGICAL SOLUTIONS <input type="checkbox"/> AMI AGENCY FOR MEDICAL INNOVATION <input type="checkbox"/> ANGIOLOGICA <input type="checkbox"/> ASPIDE <input type="checkbox"/> ASSUT EUROPE <input type="checkbox"/> ATRIUM MEDICAL CORPORATION <input type="checkbox"/> B.BRAUN <input type="checkbox"/> BARD DAVOL <input type="checkbox"/> COOK MEDICAL <input type="checkbox"/> CORYBROS <input type="checkbox"/> COUSIN BIOTECH <input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC <input type="checkbox"/> DIPRO MED DIPRO MEDICAL DEVICES <input type="checkbox"/> DYNAMESH - FEG TEXTIL TECHNIK ( Cardiolink) <input type="checkbox"/> ETHICON <input type="checkbox"/> EUROMED SURGICAL LIMITED <input type="checkbox"/> FIRA MEDICALE <input type="checkbox"/> GIS SRL <input type="checkbox"/> GORE MEDICAL <input type="checkbox"/> HERNIAMESH (PANAVALE) <input type="checkbox"/> INSIGHTRA <input type="checkbox"/> KLAS MEDICAL <input type="checkbox"/> MIRCOVAL <input type="checkbox"/> MMDI <input type="checkbox"/> PFM MEDICAL <input type="checkbox"/> SERAG WIESSNER <input type="checkbox"/> SUKOL <input type="checkbox"/> SURGICAL IOC <input type="checkbox"/> SUTURES INDIA PL <input type="checkbox"/> SYNOVIS <input type="checkbox"/> TAISIER-MED <input type="checkbox"/> THT BIOSCIENCE GROUP <input type="checkbox"/> TRANSEASY MEDICAL TECH <input type="checkbox"/> TYRX <input type="checkbox"/> XMED <input type="checkbox"/> ALTAYLAR <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce la malla	
Nombre de la malla	<input type="checkbox"/> CRISTALENE <input type="checkbox"/> CRISTALENE MID

HEXAPRO MESH  
 COMBIMESH PLUS  
 REPOL ANGIMESH 0  
 REPOL ANGIMESH 1  
 REPOL ANGIMESH 8  
 REPOL ANGIMESH 9  
 REPOL ANGIMESH R2  
 SURGIMESH 1  
 SURGIMESH 2  
 SURGIMESH PET 2D  
 SURGIMESH PET 3D  
 SURGIMESH WN  
 SURGIMESH XLIGHT  
 ASSUMESH STANDARD  
 ASSUMESH LOW DENSITY  
 LAPAROMESH  
 SORBIMESH  
 PROLITE  
 PROLITE ULTRA  
 OMYRA MESH  
 OPTILENE MESH ELASTIC  
 PREMILENE MESH  
 SAFIL MESH  
 OPTILENE MESH  
 OPTILENE SILVER MESH ELASTIC  
 BARD FLATMESH  
 BARD MESH  
 BARD PRESHAPE  
 BARD SOFTMESH  
 VISILEX MESH  
 BIODESIGN SURGISIS 8-LAYER TISSUE GRAFT  
 BIODESIGN SURGISIS ABDOMINAL HERNIA GRAFT  
 BIODESIGN SURGISIS HERNIA GRAFT  
 COMBINATION MESH  
 SURGICAL MESH DENSE CB 7030  
 SURGICAL MESH LIGHT CB7010  
 SURGICAL MESH REGULAR CB7020  
 SURGICAL MESH ULTRALIGHT CB7000  
 ADHESIX  
 BIOMESH A2 LAPAROSCOPIC  
 BIOMESH P1  
 BIOMESH P3  
 BIOMESH P8  
 BIOMESH P9  
 BIOMESH SR  
 PATIETEX PROGRIP ANATOMICAL  
 PROGRIP SELF-GRIPPING POLYESTER MESH FOR SUTURE-LINE REINFORCEMENT  
 BASIC  
 HEAVY WEIGHT MESH  
 MEDIUM WEIGHT MESH  
 MONOFILAMENT PP SURGICAL  
 BULEV  
 DYNAMESH CICAT  
 DYNAMESH ENDOLAP 3D  
 DYNAMESH IPOM  
 DYNAMESH IPST  
 PROLENE  
 ULTRAPRO  
 VICRYL  
 ULTRAPRO ADVANCE  
 EUROMESH  
 FIRAMESH MACROPOROUS  
 FIRAMESH RIGID  
 FIRAMESH SEMI-RIGID  
 FIRAMESH STANDARD  
 RM (RRS)  
 RM (RRT)  
 RM1  
 RM2  
 RM3  
 BIO-A TISSUE REINFORCEMENT  
 BI-MATERIAL RELIMESH  
 FLAT OVAL MESH  
 FLAT ROND MESH  
 HERMESH 3  
 HERMESH 4  
 HERMESH 5  
 HERMESH 6  
 HERMESH 7  
 HERMESH 8  
 HERTRA 0  
 HERTRA 1  
 HERTRA 2  
 HERTRA 2A  
 HERTRA 6  
 HERTRA 6 A  
 HERTRA 7  
 HERTRA 9  
 HERTRA 9A  
 OVAL PRESHAPED MESH  
 T5 PRESHAPED  
 OCTOMESH  
 SUPRO DRAPE HI-TECH PE  
 SUPRO DRAPE HI-TECH PU  
 SUPRO DRAPE PE  
 SUPRO DRAPE PU  
 SUPROFILM  
 SUPROMESH LIGHT  
 PROLAFIX 2D KNITTED LW  
 PROLAFIX 2D KNITTED POLYESTER  
 PROLAFIX 2D KNITTED STANDARD  
 PROLAFIX 2D NON WOVEN  
 PROLAFIX V IMPLANT  
 PROLAFIX V IMPLANT LW  
 REBOUND HRD  
 REBOUND HRD V VENTRAL HERNIA  
 TILENE STRIP  
 TIMESH  
 SERAMESH LE  
 SERAMESH PA  
 SERAMESH SE  
 SERAMESH SO  
 SERAMESH XO  
 DURAMESH  
 DURAMESH PRE-CUT SHAPE  
 PROMESH ANAT T  
 PROMESH FLEX  
 PROMESH LIGHT

	<input type="checkbox"/> PROMESH NT <input type="checkbox"/> PROMESH OBTURATOR <input type="checkbox"/> PROMESH SOFT <input type="checkbox"/> PROMESH SOFT EVOLUTION <input type="checkbox"/> PROMESH T <input type="checkbox"/> SIL PROMESH <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH PP <input type="checkbox"/> PERI-GUARD REPAIR PATCH <input type="checkbox"/> SUPPLE PERI-GUARD REPAIR PATCH <input type="checkbox"/> VERITAS <input type="checkbox"/> EGYMESH <input type="checkbox"/> EGYMIX <input type="checkbox"/> UMBI LINK - UC <input type="checkbox"/> EASYPROTHESIS FLAT MESH <input type="checkbox"/> EASYPROTHESIS LIGHT WEIGHT MESH (LMA) <input type="checkbox"/> EASYPROTHESIS PERITONEAL HERNIA REPAIR PATCH <input type="checkbox"/> EASYPROTHESIS PLUG <input type="checkbox"/> PIVIT AB <input type="checkbox"/> MEDMESH <input type="checkbox"/> PAHA <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre de la malla	
Tamaño de la malla	<input type="checkbox"/> 5x10cm <input type="checkbox"/> 7,5x7,5cm <input type="checkbox"/> 7,5x15cm <input type="checkbox"/> 10x15cm <input type="checkbox"/> 10x35cm <input type="checkbox"/> 15x15cm <input type="checkbox"/> 15x20cm <input type="checkbox"/> 20x30cm <input type="checkbox"/> 26x36cm <input type="checkbox"/> 30x30cm <input type="checkbox"/> 40x50cm <input type="checkbox"/> 30x50cm <input type="checkbox"/> OTRO
Otro tamaño malla	
Posición de la malla	<input type="checkbox"/> Suprafascial <input type="checkbox"/> Retromuscular <input type="checkbox"/> Intraperitoneal <input type="checkbox"/> No clasificable
Fijación de la malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sutura - Fijación malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Empresa que produce el material de sutura - Fijación malla	<input type="checkbox"/> ANGIOTECH <input type="checkbox"/> B.BRAUN <input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC <input type="checkbox"/> ETHICON <input type="checkbox"/> ARAGO <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce el material de sutura - Fijación malla	



Nombre del material de sutura - Fijación malla	<input type="checkbox"/> QUILL <input type="checkbox"/> SHARPOINT <input type="checkbox"/> LOOK <input type="checkbox"/> DAFILON <input type="checkbox"/> DAGROFIL <input type="checkbox"/> LINATRIX <input type="checkbox"/> MONOMAX <input type="checkbox"/> MONOPLUS <input type="checkbox"/> MONOSYN <input type="checkbox"/> MONOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN <input type="checkbox"/> PREMICON <input type="checkbox"/> PREMILENE <input type="checkbox"/> SAFIL <input type="checkbox"/> SAFIL QUICK + <input type="checkbox"/> STEELEX <input type="checkbox"/> SUPRAMID <input type="checkbox"/> TELON <input type="checkbox"/> VIRGIN SOLK / SILKAM <input type="checkbox"/> BIOSYN <input type="checkbox"/> CAPROSYN <input type="checkbox"/> CHROMIC GUT <input type="checkbox"/> DERMALON <input type="checkbox"/> DEXON <input type="checkbox"/> MAXON <input type="checkbox"/> MAXON CV <input type="checkbox"/> MILD CHROMIC GUT <input type="checkbox"/> MONOSOF <input type="checkbox"/> NOVAFIL <input type="checkbox"/> PLAIN GUT <input type="checkbox"/> POLYSORB <input type="checkbox"/> SOFSILK <input type="checkbox"/> STEEL <input type="checkbox"/> SURGIDAC <input type="checkbox"/> SURGILON <input type="checkbox"/> SURGIPRO <input type="checkbox"/> SURGIPRO II <input type="checkbox"/> TICRON <input type="checkbox"/> VASCUFIL <input type="checkbox"/> V-LOCK 180 <input type="checkbox"/> V-LOCK 90 <input type="checkbox"/> COATED VICRIL PLUS <input type="checkbox"/> COATED VICRYL <input type="checkbox"/> ETHIBOND EXCEL <input type="checkbox"/> ETHILON <input type="checkbox"/> MERSILENE <input type="checkbox"/> MONOCRYL <input type="checkbox"/> MONOCRYL PLUS <input type="checkbox"/> NUROLON <input type="checkbox"/> PDS <input type="checkbox"/> PDS II <input type="checkbox"/> PDS PLUS <input type="checkbox"/> PERMA-HAND SILK <input type="checkbox"/> PROLENE <input type="checkbox"/> PRONOVA <input type="checkbox"/> SURGICAL STAINLESS STEEL <input type="checkbox"/> SURGICAL GUT SUTURE - CHROMIC <input type="checkbox"/> SURGICAL GUT SUTURE - PLAIN <input type="checkbox"/> VICRYL <input type="checkbox"/> PGA - POLIGLICOLICO <input type="checkbox"/> NOREFIL <input type="checkbox"/> POLIPROPILENO <input type="checkbox"/> POLIGLECAPRONA <input type="checkbox"/> PDO - POLIDIOXANONA <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre material de sutura - Fijación malla	
Dispositivo de fijación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Empresa que produce el dispositivo de fijación	<input type="checkbox"/> EMPRESA FIJACION <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce el dispositivo de fijación	
Nombre del dispositivo de fijación	<input type="checkbox"/> NOMBRE FIJACION <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre dispositivo de fijación	
Adhesivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Empresa que produce el adhesivo	<input type="checkbox"/> ASPIDE <input type="checkbox"/> B.BRAUN <input type="checkbox"/> BAXTER <input type="checkbox"/> ETHICON <input type="checkbox"/> GEM <input type="checkbox"/> LIQUIBAND <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce el adhesivo	
Nombre del adhesivo	<input type="checkbox"/> GLUBRAN TISS <input type="checkbox"/> HISTOACRYL <input type="checkbox"/> ARTISS <input type="checkbox"/> TISSEEL <input type="checkbox"/> TISSUECOL <input type="checkbox"/> EVICEL <input type="checkbox"/> DERMABOND <input type="checkbox"/> OMNEX <input type="checkbox"/> GLUBRAN TISS <input type="checkbox"/> LIQUIBAND FIX8 <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre adhesivo	
Grapas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Empresa que produce la grapadora	<input type="checkbox"/> BARD DAVOL <input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC <input type="checkbox"/> ETHICON <input type="checkbox"/> OTRA
Otra empresa que produce la grapadora	

Nombre de la grapadora	<input type="checkbox"/> SORBAFIX <input type="checkbox"/> PERMAFIX <input type="checkbox"/> PERMASOFT <input type="checkbox"/> CAPSURE <input type="checkbox"/> OPTIFIX <input type="checkbox"/> ABSORBATAACK <input type="checkbox"/> ENDO UNIVERSAL <input type="checkbox"/> MULTIFIRE ENDO HERNIA STAPLER <input type="checkbox"/> MULTIFIRE VERSATAACK STAPLER <input type="checkbox"/> PROTACK <input type="checkbox"/> RELIATAACK <input type="checkbox"/> STAT TACK <input type="checkbox"/> TACKER <input type="checkbox"/> SECURESTRAP <input type="checkbox"/> OTRO
Otro nombre grapadora	

Complicaciones intraoperatorio	
Complicaciones intraoperatorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar complicaciones	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Lesión intestinal <input type="checkbox"/> Lesión de la vejiga urinaria <input type="checkbox"/> Otras complicaciones
Origen de la hemorragia	<input type="checkbox"/> Pared abdominal <input type="checkbox"/> Mesenterio <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Bazo <input type="checkbox"/> Grandes vasos <input type="checkbox"/> Otro
Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Intestino delgado <input type="checkbox"/> Colon
Gravedad de la lesión	<input type="checkbox"/> Deserosamiento <input type="checkbox"/> Lesión de toda la pared-perforación
Manejo de la lesión intestinal	<input type="checkbox"/> Sutura <input type="checkbox"/> Resección intestinal con anastomosis <input type="checkbox"/> Ostomía
Especificar otras complicaciones	

Fecha de alta hospitalaria	
Complicaciones durante la estancia hospitalaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hemorragia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección de herida (SSI)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de infección	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Infección de la malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Retirada de la malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seroma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hematoma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción del intestino delgado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Lesión de órgano o perforación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Complicación general	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar complicación general	
¿Ha necesitado el paciente cuidados intensivos debido a complicaciones potencialmente mortales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
El paciente ha muerto después de la intervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la muerte	
Clasificación de complicación quirúrgica según Dindo y Clavien	<input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 3 <input type="checkbox"/> Grado 4 <input type="checkbox"/> Grado 5

Visita adicional anterior	
Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	
Razón de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra razón visita adicional	
Graduación del dolor (EVA)	

Visita de seguimiento al mes	
Visita de seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Continúa el seguimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Motivo de NO realización de la visita	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la revisión <input type="checkbox"/> A criterio del investigador
Motivo de la discontinuación	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente rechaza el seguimiento o no acude a la visita <input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido <input type="checkbox"/> A criterio del investigador <input type="checkbox"/> Otro motivo
Fecha de la muerte	
Fecha de la Visita de seguimiento al mes	
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial
Complicaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seroma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hematoma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Necesidad de drenaje o necesidad de reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección de la herida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo infección de herida (SSI)	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Cultivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Microorganismo	
Retirada de malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otra complicación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar	
Medicación para el dolor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Necesidad medicación	<input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA)	
Eventración:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha diagnóstico eventración:	
Diagnosticado por TAC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Síntomas de la eventración	<input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático) <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos <input type="checkbox"/> Incarceración <input type="checkbox"/> Otros
¿Necesidad de reintervención por la eventración?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Visita adicional anterior	
Visita adicional antes de la de Seguimiento a los 6 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional antes de la de Seguimiento a los 6 meses	
Razón de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra razón visita adicional	
Graduación del dolor (EVA)	

Visita de seguimiento a los 6 meses	
Visita de seguimiento a los 6 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Continúa el seguimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Motivo de NO realización de la visita	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la revisión <input type="checkbox"/> A criterio del investigador
Motivo de la discontinuación	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente rechaza el seguimiento o no acude a la visita <input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido <input type="checkbox"/> A criterio del investigador <input type="checkbox"/> Otro motivo
Fecha de la muerte	
Fecha de la Visita de seguimiento a los 6 meses	
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial
Complicaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seroma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hematoma	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Necesidad de drenaje o necesidad de reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección de la herida	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo infección de herida (SSI)	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Cultivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Microorganismo	
Retirada de malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otra complicación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar	
¿Necesidad de reintervención?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especifique el tipo de intervención	
Eventración:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha diagnóstico eventración:	
Diagnosticado por TAC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Síntomas de la eventración	<input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático) <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos <input type="checkbox"/> Incarceración <input type="checkbox"/> Otros
Causa supuesta de la eventración	<input type="checkbox"/> La malla se tuvo que extraer <input type="checkbox"/> Fijación de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Superposición de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Fallo de la malla central (eventración a través de la malla) <input type="checkbox"/> Contracción de la malla <input type="checkbox"/> Otras
Especificar otra causa	
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA)	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA)	
Alteración a realizar actividades diarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración

Visita adicional anterior	
Visita adicional antes de la de Seguimiento al año	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al año	
Razón de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra razón visita adicional	
Graduación del dolor (EVA)	
Visita de seguimiento al año	
Visita de seguimiento al año	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Continúa el seguimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Motivo de NO realización de la visita	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la revisión <input type="checkbox"/> A criterio del investigador
Motivo de la discontinuación	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente rechaza el seguimiento o no acude a la visita <input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido <input type="checkbox"/> A criterio del investigador <input type="checkbox"/> Otro motivo
Fecha de la muerte	
Fecha de la Visita de seguimiento al año	
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial
Complicaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección crónica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Retirada de malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otra complicación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar	
¿Necesidad de reintervención?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especifique el tipo de intervención	
Eventración:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha diagnóstico eventración	
Diagnosticado por TAC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Síntomas de la eventración	<input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático) <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos <input type="checkbox"/> Incarceración <input type="checkbox"/> Otros
Causa supuesta de la eventración	<input type="checkbox"/> La malla se tuvo que extraer <input type="checkbox"/> Fijación de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Superposición de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Fallo de la malla central (eventración a través de la malla) <input type="checkbox"/> Contracción de la malla <input type="checkbox"/> Otras
Especificar otra causa	
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA)	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA)	
Alteración a realizar actividades diarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración

Visita adicional anterior	
Visita adicional antes de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional antes de la de Seguimiento a los 2 años	
Razón de la Visita adicional antes de la de Seguimiento al mes	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra razón visita adicional	
Graduación del dolor (EVA)	

Visita de seguimiento a los 2 años	
Visita de seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Continúa el seguimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Motivo de NO realización de la visita	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la revisión <input type="checkbox"/> A criterio del investigador
Motivo de la discontinuación	<input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente <input type="checkbox"/> El paciente rechaza el seguimiento o no acude a la visita <input type="checkbox"/> El paciente ha fallecido <input type="checkbox"/> A criterio del investigador <input type="checkbox"/> Otro motivo
Fecha de la muerte	
Fecha de la Visita de seguimiento a los 2 años	
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial
Complicaciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección crónica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Retirada de malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Reintervención	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otra complicación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar	
¿Necesidad de reintervención?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especifique el tipo de intervención	
Eventración:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha diagnóstico eventración:	
Diagnosticado por TAC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Síntomas de la eventración	<input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático) <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos <input type="checkbox"/> Incarceración <input type="checkbox"/> Otros
Causa supuesta de la eventración	<input type="checkbox"/> La malla se tuvo que extraer <input type="checkbox"/> Fijación de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Superposición de la malla inadecuada <input type="checkbox"/> Fallo de la malla central (eventración a través de la malla) <input type="checkbox"/> Contracción de la malla <input type="checkbox"/> Otras
Especificar otra causa	
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA)	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA)	
Alteración a realizar actividades diarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración

Visita adicional después de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional	
Razón de la Visita adicional después de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Aparición de eventración <input type="checkbox"/> Fístula intestinal <input type="checkbox"/> Reintervención <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra razón visita adicional	
Fecha de aparición eventración	
Eventración por clínica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Eventración por TAC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial