

**ESTUDIO:
EVEREG Hernia Inguinal
- CRF DESCRIPTIVO -**

Fecha de creacion	
Datos Demográficos / Antecedentes	
Fecha de nacimiento	
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Peso (kg)	
Talla (cm)	
IMC calculo automatico	
Enfermedades Concomitantes	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad hepática, ¿ascitis presente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad renal, ¿hemodiálisis?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Enfermedad renal, ¿diálisis peritoneal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
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"/> Si
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"/> Si
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)
Otros factores de riesgo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Operación previa de hernia de la pared abdominal <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor crónico <input type="checkbox"/> Tratamiento con cortisona crónica <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"/> Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan <input type="checkbox"/> Síndrome de Ehlers-Danlos <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón poliquístico

Indicación para la cirugía de hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Electiva <input type="checkbox"/> Urgencia
Síntomas de la hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Asintomática <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Tumoración local <input type="checkbox"/> Incarceración <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal <input type="checkbox"/> Afectación en la realización de las actividades diarias <input type="checkbox"/> Hernia del deportista
Graduación del dolor (EVA)	
Graduación de la afectación (EVA)	
Graduación hernia del deportista (EVA)	
Capacidad de reducción de la hernia	<input type="checkbox"/> Completamente reducible <input type="checkbox"/> Parcialmente reducible <input type="checkbox"/> No reducible
¿Hernia con pérdida de domicilio?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Índice de Tanaka	
Conocedor de la existencia de hernia desde	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6-12 meses <input type="checkbox"/> Entre 12-24 meses <input type="checkbox"/> Más de 24 meses
Lado de la hernia inguinal	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Bilateral

Derecha	
Tipo de hernia inguinal [D]	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Recidiva
Número de reparaciones previas [D]	
Técnica de la reparación previa [D]	<input type="checkbox"/> Abordaje abierto con sutura <input type="checkbox"/> Abordaje abierto con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia con malla
¿la reparación previa está registrada en el Registro? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Código identificativo Registro [D]	
Clasificación de Kingsnorth [D]	<input type="checkbox"/> H1: hernia solo presente en la ingle que se reduce espontáneamente al tumbarse. <input type="checkbox"/> H2: hernia solo presente en la ingle que se reduce completamente al aplicar presión manual suave. <input type="checkbox"/> H3: hernia inguinoescrotal reducible con manipulación manual. <input type="checkbox"/> H4: hernia inguinoescrotal no reducible.

Izquierda	
Tipo de hernia inguinal [I]	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Recidiva
Número de reparaciones previas [I]	
Técnica de la reparación previa [I]	<input type="checkbox"/> Abordaje abierto con sutura <input type="checkbox"/> Abordaje abierto con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia con malla
¿la reparación previa está registrada en el Registro? [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Código identificativo Registro [I]	
Clasificación de Kingsnorth [I]	<input type="checkbox"/> H1: hernia solo presente en la ingle que se reduce espontáneamente al tumbarse. <input type="checkbox"/> H2: hernia solo presente en la ingle que se reduce completamente al aplicar presión manual suave. <input type="checkbox"/> H3: hernia inguinoescrotal reducible con manipulación manual. <input type="checkbox"/> H4: hernia inguinoescrotal no reducible.

Preparación preoperatoria	
Neumoperitoneo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Toxina botulínica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

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
CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cirujano especialista en pared abdominal	<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
Tipo de hernia inguinal (EHS Groin Hernia Classification)	<input type="checkbox"/> Lateral (indirecta) (L) <input type="checkbox"/> Medial (directa) (M) <input type="checkbox"/> Femoral (F)
Tamaño del orificio de la hernia - M	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
Tamaño del orificio de la hernia - F	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
Tamaño del orificio de la hernia - L	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
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

Técnica quirúrgica - tipo de acceso	
Técnica quirúrgica - tipo de acceso	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
Cirugía abierta con sutura	<input type="checkbox"/> Shouldice <input type="checkbox"/> Bassini <input type="checkbox"/> McVay <input type="checkbox"/> Desarda <input type="checkbox"/> Otra
Otra cirugía abierta con sutura	
Cirugía abierta con malla	<input type="checkbox"/> Lichtenstein <input type="checkbox"/> Plug (tapón) <input type="checkbox"/> Rutkow <input type="checkbox"/> Abordaje preperitoneal abierto (Nyhus) <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> PHS, UHS <input type="checkbox"/> TIPP <input type="checkbox"/> TREPP <input type="checkbox"/> OnStep
¿Se exploró el orificio femoral?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Abordaje	<input type="checkbox"/> TAPP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> eTEP <input type="checkbox"/> Otro
Otro abordaje	
¿Conversión a cirugía abierta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar razón de la conversión	
Cirugía después de la conversión	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla
Concretar cirugía abierta con sutura	<input type="checkbox"/> Shouldice <input type="checkbox"/> Bassini <input type="checkbox"/> McVay <input type="checkbox"/> Desarda <input type="checkbox"/> Otra
Concretar cirugía abierta con malla	<input type="checkbox"/> Lichtenstein <input type="checkbox"/> Plug (tapón) <input type="checkbox"/> Rutkow <input type="checkbox"/> Abordaje preperitoneal abierto (Nyhus) <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> PHS, UHS <input type="checkbox"/> TIPP <input type="checkbox"/> TREPP <input type="checkbox"/> OnStep
¿Infiltración de anestésicos locales de en el sitio quirúrgico para el dolor?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Se identificaron los nervios y se preservaron?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar nervios	<input type="checkbox"/> Nervio ilio-inguinal <input type="checkbox"/> Nervio iliohipogástrico <input type="checkbox"/> Nervio genitofemoral
Se realizó una/las neurectomía/s	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar neurectomía	<input type="checkbox"/> Nervio ilio-inguinal <input type="checkbox"/> Nervio iliohipogástrico <input type="checkbox"/> Nervio genitofemoral
Reparación con 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	

<p>Nombre del material de sutura - Reparación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> NOVOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN CHD <input type="checkbox"/> OPTILENE <input type="checkbox"/> 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
<p>Otro nombre material de sutura - Reparación</p>	
<p>Reparación con malla</p>	
<p>Tipo de malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sintética permanente <input type="checkbox"/> Sintética absorbible

<p>Empresa que produce la malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> HERNIAMESH (PANAVALA) <input type="checkbox"/> INSIGHTRA <input type="checkbox"/> KLAS MEDICAL <input type="checkbox"/> MIRCOVAL <input type="checkbox"/> MMDI <input type="checkbox"/> PFMEDICAL <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
<p>Otra empresa que produce la malla</p>	
<p>Nombre de la malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CRISTALENE <input type="checkbox"/> CRISTALENE MID <input type="checkbox"/> HEXAPRO MESH <input type="checkbox"/> COMBIMESH PLUS <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 0 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 1 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 8 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 9 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH R2 <input type="checkbox"/> SURGIMESH 1 <input type="checkbox"/> SURGIMESH 2 <input type="checkbox"/> SURGIMESH PET 2D <input type="checkbox"/> SURGIMESH PET 3D <input type="checkbox"/> SURGIMESH WN <input type="checkbox"/> SURGIMESH XLIGHT <input type="checkbox"/> ASSUMESH STANDARD <input type="checkbox"/> ASSUMESH LOW DENSITY <input type="checkbox"/> SORBIMESH <input type="checkbox"/> PROLITE <input type="checkbox"/> PROLITE ULTRA <input type="checkbox"/> PROLOOP MESH PLUG <input type="checkbox"/> OPTILENE LP <input type="checkbox"/> OPTILENE MESH ELASTIC <input type="checkbox"/> PREMILENE MESH <input type="checkbox"/> PREMILENE MESH PLUG <input type="checkbox"/> OPTILENE MESH <input type="checkbox"/> OPTILENE SILVER MESH ELASTIC <input type="checkbox"/> OPTILENE SILVER MESH LP <input type="checkbox"/> 3D MAX <input type="checkbox"/> 3D MAX LIGHT <input type="checkbox"/> BARD FLATMESH <input type="checkbox"/> BARD MESH <input type="checkbox"/> BARD PRESHAPE <input type="checkbox"/> BARD SOFTMESH <input type="checkbox"/> KUGEL HERNIA PATCH <input type="checkbox"/> MK HERNIA PATCH <input type="checkbox"/> PERFIX PLUG <input type="checkbox"/> PERFIX PLUG LIGHT <input type="checkbox"/> POLYSOFT <input type="checkbox"/> VISILEX MESH <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS 8-LAYER TISSUE GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS ABDOMINAL HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS INGUINAL HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> COMBINATION MESH <input type="checkbox"/> HERNIA PLUGS & PATCHES CB7310 <input type="checkbox"/> PRE-SHAPED SURGICAL MESH CB7100 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH DENSE CB 7030 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH LIGHT CB7010 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH REGULAR CB7020 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH ULTRALIGHT CB7000 <input type="checkbox"/> 4DDOME <input type="checkbox"/> 4DDOME ADHESIX <input type="checkbox"/> ADHESIX <input type="checkbox"/> BIOMESH A2 LAPAROSCOPIC <input type="checkbox"/> BIOMESH P1

BIOMESH P3
 BIOMESH P8
 BIOMESH P9
 BIOMESH SR
 PARIETENE FLAT SHEET MESH
 PARIETENE MACROPOROUS MESH
 PROGRIP SELF-GRIPPING POLYPROPYLENE MESH
 PARIETENE LIGHTWEIGHT MESH
 PARIETEX HYDROPHILIC 2-D
 PARIETEX HYDROPHILIC 3-D
 PARIETEX LIGHTWEIGHT MESH
 PROGRIP SELF-GRIPPING POLYESTER MESH
 PATIETEX PLUG & PATCH SYSTEM
 VERSATEX MONOFILAMENT MESH
 BASIC
 C-LAP
 HEAVY WEIGHT MESH
 MEDIUM WEIGHT MESH
 MONOFILAMENT PP SURGICAL
 P3 BASIC
 P3 EVOLUTION
 PLUG 3D BASIC
 PLUG 3D EVOLUTION
 TP BIDIMENSIONAL PLUG
 BULEV
 DYNAMESH ENDOLAP 3D
 DYNAMESH LICHTENSTEIN
 PROLENE
 PROLENE 3D PATCH
 PROLENE HERNIA SYSTEM
 ULTRAPRO
 ULTRAPRO HERNIA SYSTEM
 ULTRAPRO PLUG
 ULTRAPRO ADVANCE
 EUROMESH
 FIRAMESH MACROPOROUS
 FIRAMESH RIGID
 FIRAMESH SEMI-RIGID
 FIRAMESH STANDARD
 RM (RRS)
 RM (RRT)
 RM1
 RM2
 RM3
 3D T2 PLUG
 3D T3 PLUG
 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
 T1 PLUG FLAT ROND
 T4 PLUG PRESHAPED MESH
 T4 PLUG PRESHAPED MESH QUADRIAXIAL TECHNOLOGY
 T5 PRESHAPED
 PROFLOR
 SUPRO DRAPE HI-TECH PE
 SUPRO DRAPE HI-TECH PU
 SUPRO DRAPE PE
 SUPRO DRAPE PU
 SUPROFILM
 SUPROMESH LIGHT
 SUPROMESH PLUG
 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
 TILENE EXTRA-LIGHT STRONG
 TILENE PLUG
 TILENE STRONG
 TIMESH
 TIPLUG SYSTEM
 SERAMESH LE
 SERAMESH PA
 SERAMESH SE

	<input type="checkbox"/> SERAMESH SO <input type="checkbox"/> SERAMESH XO <input type="checkbox"/> DURAMESH PRE-CUT SHAPE <input type="checkbox"/> PROMESH ANAT T <input type="checkbox"/> PROMESH FLEX <input type="checkbox"/> 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"/> SMA <input type="checkbox"/> SM2+ <input type="checkbox"/> SM3 <input type="checkbox"/> SM3+ <input type="checkbox"/> SMH2 <input type="checkbox"/> SMX <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> CO3+ <input type="checkbox"/> CO3A <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	
Fijación de la malla	
Fijación de la malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sutura - Fijación malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

<p>Nombre del material de sutura - Fijación malla</p>	<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"/> NOVOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN CHD <input type="checkbox"/> OPTILENE <input type="checkbox"/> 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
<p>Empresa que produce el material de sutura - Fijación malla</p>	<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
<p>Otro nombre material de sutura - Fijación malla</p>	
<p>Otra empresa que produce el material de sutura - Fijación malla</p>	
<p>Adhesivo</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>Empresa que produce el adhesivo</p>	<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
<p>Otra empresa que produce el adhesivo</p>	

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"/> Si
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	

Procedimientos Asociados	
Otros procedimientos asociados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar procedimientos asociados	

Complicaciones intraoperatorias	
Complicaciones intraoperatorias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar complicaciones	<input type="checkbox"/> Hemorragia parietal (vasos epigástricos) <input type="checkbox"/> Lesión de los conductos deferentes <input type="checkbox"/> Lesión de los vasos testiculares <input type="checkbox"/> Lesión de vasos grandes (vasos ilíacos) <input type="checkbox"/> Lesión de la vejiga urinaria <input type="checkbox"/> Lesión intestinal <input type="checkbox"/> Otras complicaciones
Especificar otras complicaciones	

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
CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cirujano especialista en pared abdominal	<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
Tipo de hernia inguinal (EHS Groin Hernia Classification)	<input type="checkbox"/> Lateral (indirecta) (L) <input type="checkbox"/> Medial (directa) (M) <input type="checkbox"/> Femoral (F)
Tamaño del orificio de la hernia - L	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
Tamaño del orificio de la hernia - M	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
Tamaño del orificio de la hernia - F	<input type="checkbox"/> 0 = hernia no detectable <input type="checkbox"/> 1 = < 1,5 cm (1 dedo) <input type="checkbox"/> 2 = < 3 cm (2 dedos) <input type="checkbox"/> 3 = > 3 cm (3 dedos) <input type="checkbox"/> X = no se ha investigado
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

Técnica quirúrgica - tipo de acceso	
Técnica quirúrgica - tipo de acceso	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
Cirugía abierta con sutura	<input type="checkbox"/> Shouldice <input type="checkbox"/> Bassini <input type="checkbox"/> McVay <input type="checkbox"/> Desarda <input type="checkbox"/> Otra
Otra cirugía abierta con sutura	
Cirugía abierta con malla	<input type="checkbox"/> Lichtenstein <input type="checkbox"/> Plug (tapón) <input type="checkbox"/> Rutkow <input type="checkbox"/> Abordaje preperitoneal abierto (Nyhus) <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> PHS, UHS <input type="checkbox"/> TIPP <input type="checkbox"/> TREPP <input type="checkbox"/> OnStep
¿Se exploró el orificio femoral?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Abordaje	<input type="checkbox"/> TAPP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> eTEP <input type="checkbox"/> Otro
Otro abordaje	
¿Conversión a cirugía abierta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar razón de la conversión	
Cirugía después de la conversión	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla
Concretar cirugía abierta con sutura	<input type="checkbox"/> Shouldice <input type="checkbox"/> Bassini <input type="checkbox"/> McVay <input type="checkbox"/> Desarda <input type="checkbox"/> Otra
Concretar cirugía abierta con malla	<input type="checkbox"/> Lichtenstein <input type="checkbox"/> Plug (tapón) <input type="checkbox"/> Rutkow <input type="checkbox"/> Abordaje preperitoneal abierto (Nyhus) <input type="checkbox"/> Stoppa <input type="checkbox"/> PHS, UHS <input type="checkbox"/> TIPP <input type="checkbox"/> TREPP <input type="checkbox"/> OnStep
¿Infiltración de anestésicos locales de en el sitio quirúrgico para el dolor?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Se identificaron los nervios y se preservaron?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar nervios	<input type="checkbox"/> Nervio ilio-inguinal <input type="checkbox"/> Nervio iliohipogástrico <input type="checkbox"/> Nervio genitofemoral
Se realizó una/las neurectomía/s	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar neurectomía	<input type="checkbox"/> Nervio ilio-inguinal <input type="checkbox"/> Nervio iliohipogástrico <input type="checkbox"/> Nervio genitofemoral
Reparación con 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	

<p>Nombre del material de sutura - Reparación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> NOVOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN CHD <input type="checkbox"/> OPTILENE <input type="checkbox"/> 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
<p>Otro nombre material de sutura - Reparación</p>	
<p>Reparación con malla</p>	
<p>Tipo de malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sintética permanente <input type="checkbox"/> Sintética absorbible

<p>Empresa que produce la malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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"/> HERNIAMESH (PANAVALA) <input type="checkbox"/> INSIGHTRA <input type="checkbox"/> KLAS MEDICAL <input type="checkbox"/> MIRCOVAL <input type="checkbox"/> MMDI <input type="checkbox"/> PFMEDICAL <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
<p>Otra empresa que produce la malla</p>	
<p>Nombre de la malla</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CRISTALENE <input type="checkbox"/> CRISTALENE MID <input type="checkbox"/> HEXAPRO MESH <input type="checkbox"/> COMBIMESH PLUS <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 0 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 1 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 8 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH 9 <input type="checkbox"/> REPOL ANGIMESH R2 <input type="checkbox"/> SURGIMESH 1 <input type="checkbox"/> SURGIMESH 2 <input type="checkbox"/> SURGIMESH PET 2D <input type="checkbox"/> SURGIMESH PET 3D <input type="checkbox"/> SURGIMESH WN <input type="checkbox"/> SURGIMESH XLIGHT <input type="checkbox"/> ASSUMESH STANDARD <input type="checkbox"/> ASSUMESH LOW DENSITY <input type="checkbox"/> SORBIMESH <input type="checkbox"/> PROLITE <input type="checkbox"/> PROLITE ULTRA <input type="checkbox"/> PROLOOP MESH PLUG <input type="checkbox"/> OPTILENE LP <input type="checkbox"/> OPTILENE MESH ELASTIC <input type="checkbox"/> PREMILENE MESH <input type="checkbox"/> PREMILENE MESH PLUG <input type="checkbox"/> OPTILENE MESH <input type="checkbox"/> OPTILENE SILVER MESH ELASTIC <input type="checkbox"/> OPTILENE SILVER MESH LP <input type="checkbox"/> 3D MAX <input type="checkbox"/> 3D MAX LIGHT <input type="checkbox"/> BARD FLATMESH <input type="checkbox"/> BARD MESH <input type="checkbox"/> BARD PRESHAPE <input type="checkbox"/> BARD SOFTMESH <input type="checkbox"/> KUGEL HERNIA PATCH <input type="checkbox"/> MK HERNIA PATCH <input type="checkbox"/> PERFIX PLUG <input type="checkbox"/> PERFIX PLUG LIGHT <input type="checkbox"/> POLYSOFT <input type="checkbox"/> VISILEX MESH <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS 8-LAYER TISSUE GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS ABDOMINAL HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> BIODESIGN SURGISIS INGUINAL HERNIA GRAFT <input type="checkbox"/> COMBINATION MESH <input type="checkbox"/> HERNIA PLUGS & PATCHES CB7310 <input type="checkbox"/> PRE-SHAPED SURGICAL MESH CB7100 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH DENSE CB 7030 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH LIGHT CB7010 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH REGULAR CB7020 <input type="checkbox"/> SURGICAL MESH ULTRALIGHT CB7000 <input type="checkbox"/> 4DDOME <input type="checkbox"/> 4DDOME ADHESIX <input type="checkbox"/> ADHESIX <input type="checkbox"/> BIOMESH A2 LAPAROSCOPIC <input type="checkbox"/> BIOMESH P1

BIOMESH P3
 BIOMESH P8
 BIOMESH P9
 BIOMESH SR
 PARIETENE FLAT SHEET MESH
 PARIETENE MACROPOROUS MESH
 PROGRIP SELF-GRIPPING POLYPROPYLENE MESH
 PARIETENE LIGHTWEIGHT MESH
 PARIETEX HYDROPHILIC 2-D
 PARIETEX HYDROPHILIC 3-D
 PARIETEX LIGHTWEIGHT MESH
 PROGRIP SELF-GRIPPING POLYESTER MESH
 PATIETEX PLUG & PATCH SYSTEM
 VERSATEX MONOFILAMENT MESH
 BASIC
 C-LAP
 HEAVY WEIGHT MESH
 MEDIUM WEIGHT MESH
 MONOFILAMENT PP SURGICAL
 P3 BASIC
 P3 EVOLUTION
 PLUG 3D BASIC
 PLUG 3D EVOLUTION
 TP BIDIMENSIONAL PLUG
 BULEV
 DYNAMESH ENDOLAP 3D
 DYNAMESH LICHTENSTEIN
 PROLENE
 PROLENE 3D PATCH
 PROLENE HERNIA SYSTEM
 ULTRAPRO
 ULTRAPRO HERNIA SYSTEM
 ULTRAPRO PLUG
 ULTRAPRO ADVANCE
 EUROMESH
 FIRAMESH MACROPOROUS
 FIRAMESH RIGID
 FIRAMESH SEMI-RIGID
 FIRAMESH STANDARD
 RM (RRS)
 RM (RRT)
 RM1
 RM2
 RM3
 3D T2 PLUG
 3D T3 PLUG
 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
 T1 PLUG FLAT ROND
 T4 PLUG PRESHAPED MESH
 T4 PLUG PRESHAPED MESH QUADRIAXIAL TECHNOLOGY
 T5 PRESHAPED
 PROFLOR
 SUPRO DRAPE HI-TECH PE
 SUPRO DRAPE HI-TECH PU
 SUPRO DRAPE PE
 SUPRO DRAPE PU
 SUPROFILM
 SUPROMESH LIGHT
 SUPROMESH PLUG
 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
 TILENE EXTRA-LIGHT STRONG
 TILENE PLUG
 TILENE STRONG
 TIMESH
 TIPLUG SYSTEM
 SERAMESH LE
 SERAMESH PA
 SERAMESH SE

	<input type="checkbox"/> SERAMESH SO <input type="checkbox"/> SERAMESH XO <input type="checkbox"/> DURAMESH PRE-CUT SHAPE <input type="checkbox"/> PROMESH ANAT T <input type="checkbox"/> PROMESH FLEX <input type="checkbox"/> 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"/> SMA <input type="checkbox"/> SM2+ <input type="checkbox"/> SM3 <input type="checkbox"/> SM3+ <input type="checkbox"/> SMH2 <input type="checkbox"/> SMX <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> CO3+ <input type="checkbox"/> CO3A <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	
Fijación de la malla	
Fijación de la malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sutura - Fijación malla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

<p>Nombre del material de sutura - Fijación malla</p>	<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"/> NOVOSYN QUICK <input type="checkbox"/> NOVOSYN CHD <input type="checkbox"/> OPTILENE <input type="checkbox"/> 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
<p>Empresa que produce el material de sutura - Fijación malla</p>	<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
<p>Otro nombre material de sutura - Fijación malla</p>	
<p>Otra empresa que produce el material de sutura - Fijación malla</p>	
<p>Adhesivo</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>Empresa que produce el adhesivo</p>	<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
<p>Otra empresa que produce el adhesivo</p>	

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"/> Si
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	

Procedimientos Asociados	
Otros procedimientos asociados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar procedimientos asociados	

Complicaciones intraoperatorias	
Complicaciones intraoperatorias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Especificar complicaciones	<input type="checkbox"/> Hemorragia parietal (vasos epigástricos) <input type="checkbox"/> Lesión de los conductos deferentes <input type="checkbox"/> Lesión de los vasos testiculares <input type="checkbox"/> Lesión de vasos grandes (vasos ilíacos) <input type="checkbox"/> Lesión de la vejiga urinaria <input type="checkbox"/> Lesión intestinal <input type="checkbox"/> Otras complicaciones
Especificar otras complicaciones	

- CONFIDENCIAL -

ESTUDIO: EVEREG Hernia Inguinal
VISITA: HERHING
SECCION: Datos alta hospitalaria



Fecha de alta hospitalaria	
Complicaciones durante la estancia hospitalaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Derecha	
Hemorragia [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hematoma [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección de herida (SSI) [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de infección [D]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Infección de la malla [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Retirada de la malla [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Íleo paralítico [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción del intestino delgado [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Complicación general [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar complicación general [D]	
¿Ha necesitado el paciente cuidados intensivos debido a complicaciones potencialmente mortales? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de complicaciones que amenazan la vida [D]	<input type="checkbox"/> Fallo uniorgánico <input type="checkbox"/> Fallo multiorgánico
El paciente ha muerto después de la intervención [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la muerte [D]	
Clasificación de complicación quirúrgica según Dindo y Clavien [D]	<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
Izquierda	
Hemorragia [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hematoma [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Infección de herida (SSI) [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de infección [I]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Infección de la malla [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Retirada de la malla [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Íleo paralítico [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Obstrucción del intestino delgado [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Complicación general [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar complicación general [I]	
¿Ha necesitado el paciente cuidados intensivos debido a complicaciones potencialmente mortales? [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de complicaciones que amenazan la vida [I]	<input type="checkbox"/> Fallo uniorgánico <input type="checkbox"/> Fallo multiorgánico
El paciente ha muerto después de la intervención [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la muerte [I]	
Clasificación de complicación quirúrgica según Dindo y Clavien [I]	<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"/> Dolor <input type="checkbox"/> Recurrencia <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
Derecha	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [D]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI) - visita mes 1 [D]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra infección/complicación [D]	
Medicación para el dolor [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [D]	
¿Necesidad de reintervención? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de reintervención [D]	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
¿Recurrencia? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA) [D]	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA) [D]	
Alteración a realizar actividades diarias [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración [D]	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración
Izquierda	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [I]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [I]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI) - visita mes 1 [I]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra infección/complicación [I]	
Medicación para el dolor [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [I]	

¿Necesidad de reintervención? []	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tipo de reintervención []	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
¿Recurrencia? []	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
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"/> Si
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 año	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Recurrencia <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
Derecha	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [D]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI) - visita año [D]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra infección/complicación [D]	
¿Tiene dolor? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido dolor estando de pie durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor caminando durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante el ejercicio durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor a levantar peso durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante sus actividades diarias (hacer la compra, trabajo o labores domésticas en las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Se ha visto afectada su calidad de vida por su operación durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
Medicación para el dolor [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [D]	
¿Necesidad de reintervención? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de reintervención [D]	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
¿Recurrencia? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA) [D]	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA) [D]	
Alteración a realizar actividades diarias [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Tipo de alteración [D]	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración
Izquierda	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [I]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [I]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI) - visita año [I]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra infección/complicación [I]	
¿Tiene dolor? [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido dolor estando de pie durante las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor caminando durante las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante el ejercicio durante las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor a levantar peso durante las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante sus actividades diarias (hacer la compra, trabajo o labores domésticas en las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Se ha visto afectada su calidad de vida por su operación durante las últimas cuatro semanas? [I]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
Medicación para el dolor [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [I]	
¿Necesidad de reintervención? [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de reintervención [I]	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
¿Recurrencia? [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA) [I]	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA) [I]	
Alteración a realizar actividades diarias [I]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración [I]	<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 a los 2 años	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Recurrencia <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 dos años	
Tipo de visita	<input type="checkbox"/> Telefónica <input type="checkbox"/> Presencial
Derecha	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [D]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI): [D]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Especificar otra infección/complicación [D]	
¿Tiene dolor? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido dolor estando de pie durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor caminando durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante el ejercicio durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor a levantar peso durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante sus actividades diarias (hacer la compra, trabajo o labores domésticas en las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Se ha visto afectada su calidad de vida por su operación durante las últimas cuatro semanas? [D]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
Medicación para el dolor [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [D]	
¿Necesidad de reintervención? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Recurrencia? [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Indique la graduación de satisfacción cosmética (EVA) [D]	
Indique la graduación de sensación de cuerpo extraño (EVA) [D]	
Alteración a realizar actividades diarias [D]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de alteración [D]	<input type="checkbox"/> De forma ocasional <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Grave alteración

Izquierda	
Infecciones y/o complicaciones asociadas a la malla [!]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Especificar infecciones/complicaciones [!]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Retirada de la malla <input type="checkbox"/> Otros
Seroma (Clasificación Morales-Conde 2012) [!]	<input type="checkbox"/> Tipo 0: no seroma clínico <input type="checkbox"/> Tipo I: Seroma clínico que dura menos de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo II: Seroma clínico que dura más de 1 mes <input type="checkbox"/> Tipo III: Seroma menor con complicación <input type="checkbox"/> Tipo IV: Seroma mayor con complicación
Tipo infección de herida (SSI): [!]	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Intraabdominal
Tipo de reintervención [D]	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
Especificar otra infección/complicación [!]	
¿Tiene dolor? [!]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido dolor estando de pie durante las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor caminando durante las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante el ejercicio durante las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor a levantar peso durante las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Ha tenido disconfort o dolor durante sus actividades diarias (hacer la compra, trabajo o labores domésticas en las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
¿Se ha visto afectada su calidad de vida por su operación durante las últimas cuatro semanas? [!]	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> De forma constante
Medicación para el dolor [!]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esporádica <input type="checkbox"/> Permanente
Graduación del dolor (EVA) [!]	
¿Necesidad de reintervención? [!]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de reintervención [!]	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta con sutura <input type="checkbox"/> Cirugía abierta con malla <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Robótica
¿Recurrencia? [!]	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
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

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Inguinal
VISITA: HERHING**

- CONFIDENCIAL - SECCION: Visita adicional después de la de Seguimiento a los dos años

Visita adicional 1	
Visita adicional 1 después de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional 1	
Derecha	
Razón de la Visita adicional 1 después de la de Seguimiento a los 2 años [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 1 [D]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 1 [D]	
Fecha recurrencia Visita adicional 1 [D]	
Dolor Visita adicional 1 [D]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ
Izquierda	
Razón de la Visita adicional 1 después de la de Seguimiento a los 2 años [I]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 1 [I]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 1 [I]	
Fecha recurrencia Visita adicional 1 [I]	
Dolor Visita adicional 1 [I]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ
Visita adicional 2	
Visita adicional 2 después de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional 2	
Derecha	
Razón de la Visita adicional 2 después de la de Seguimiento a los 2 años [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 2 [D]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 2 [D]	
Fecha recurrencia Visita adicional 2 [D]	
Dolor Visita adicional 2 [D]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ
Izquierda	
Razón de la Visita adicional 2 después de la de Seguimiento a los 2 años [I]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 2 [I]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 2 [I]	
Fecha recurrencia Visita adicional 2 [I]	
Dolor Visita adicional 2 [I]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ

Visita adicional 3	
Visita adicional 3 después de la de Seguimiento a los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de la Visita adicional 3	
Derecha	
Razón de la Visita adicional 3 después de la de Seguimiento a los 2 años [D]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 3 [D]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 3 [D]	
Fecha recurrencia Visita adicional 3 [D]	
Dolor Visita adicional 3 [D]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ
Izquierda	
Razón de la Visita adicional 3 después de la de Seguimiento a los 2 años [I]	<input type="checkbox"/> Seroma <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Infección de la herida <input type="checkbox"/> Recurrencia <input type="checkbox"/> Otros
Tipo infección de herida (SSI) - visita adicional 3 [I]	<input type="checkbox"/> Infección de la malla <input type="checkbox"/> Infección no relacionada con la malla
Especificar otra razón visita adicional 3 [I]	
Fecha recurrencia Visita adicional 3 [I]	
Dolor Visita adicional 3 [I]	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor <input type="checkbox"/> Nuevo dolor inguinal que ha empezado después de 1 año sin dolor desde IQ