

# **ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**

## **- CRD DESCRIPTIVO -**



**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: DATOS DEMOGRÁFICOS /**  
**ANTECEDENTES**



| Datos Demográficos  |                                                                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Fecha de nacimiento |                                                                   |
| Sexo                | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer |
| Talla (cm)          |                                                                   |
| Peso (Kg)           |                                                                   |
| IMC (kg/m2)         |                                                                   |

| Enfermedades Concomitantes   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diabetes Tipo 1              | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Diabetes Tipo 1. Indicar SOC | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas <= 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares > 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes > 12 al año |
| Diabetes Tipo 2              | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Diabetes Tipo 2. Indicar SOC | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas <= 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares > 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes > 12 al año |
| Hipertensión                 | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hipertensión. Indicar SOC               | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas $\leq 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares $> 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes $> 12$ al año |
| Enfermedad cardíaca                     | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Enfermedad cardíaca. Indicar SOC        | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas $\leq 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares $> 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes $> 12$ al año |
| Enfermedad pulmonar (EPOC, asma)        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Enfermedad pulmonar. Indicar SOC        | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas $\leq 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares $> 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes $> 12$ al año |
| Enfermedad hepática                     | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Enfermedad hepática. Indicar SOC        | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas $\leq 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares $> 4$ al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes $> 12$ al año |
| Enfermedad hepática. ¿Ascitis presente? | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Enfermedad renal                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedad renal. Indicar SOC                | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas ≤ 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares > 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes > 12 al año |
| Enfermedad renal. ¿Hemodiálisis?             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Enfermedad renal. ¿Diálisis peritoneal?      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Neoplasia maligna                            | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Neoplasia maligna. Indicar SOC               | <input type="checkbox"/> Asintomática. No se ha necesitado consulta médica en los últimos 12 meses<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia intermitente. Consultas médicas ≤ 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad estable con terapia continua. Consultas médicas regulares > 4 al año<br><input type="checkbox"/> Enfermedad progresiva con terapia intensificada. Consultas médicas frecuentes > 12 al año |
| Neoplasia maligna. ¿Tratamiento curativo?    | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Otras enfermedades concomitantes             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Especificar otras enfermedades concomitantes |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Factores de Riesgo                    |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tabaco                                | <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado<br><input type="checkbox"/> Ex-fumador (hace más de 12 meses)<br><input type="checkbox"/> Fumador ocasional<br><input type="checkbox"/> Fumador diario |
| Número de cigarrillos que fuma al día |                                                                                                                                                                                                 |
| Número de años que lleva fumando      |                                                                                                                                                                                                 |
| Índice de paquetes año                |                                                                                                                                                                                                 |
| Alcohol                               | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                      |
| Ocupación                             | <input type="checkbox"/> Sin empleo<br><input type="checkbox"/> Trabajo de oficina<br><input type="checkbox"/> Trabajo físico medio<br><input type="checkbox"/> Trabajo físico pesado           |

|                     |                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Actividad deportiva | <input type="checkbox"/> Ninguna<br><input type="checkbox"/> Esporádica (1 vez al mes)<br><input type="checkbox"/> Moderada (1 vez a la semana)<br><input type="checkbox"/> Intensa (Más de 1 vez a la semana) |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Otros Factores de Riesgo                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros factores de riesgo                       | <input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Operación previa de hernia de la pared abdominal<br><input type="checkbox"/> Tratamiento inmunosupresor crónico<br><input type="checkbox"/> Tratamiento con cortisona crónica<br><input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal<br><input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante<br><input type="checkbox"/> Enfermedades del colágeno |
| Tipo de terapia anticoagulante                 | <input type="checkbox"/> Dicumarínicos<br><input type="checkbox"/> Antiagregantes plaquetarios<br><input type="checkbox"/> Heparina de bajo peso molecular<br><input type="checkbox"/> AAS (Aspirina)<br><input type="checkbox"/> Inhibidores del factor Xa (Apixaban, Rivaroxaban,...)                                                                                                                     |
| Tipo de enfermedad relacionada con el colágeno | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan<br><input type="checkbox"/> Síndrome de Ehlers-Danlos<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón poliquístico                                                                                                                                                                                               |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: TIPO EVENTRACIÓN**

| Características de la Hernia                              |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diámetro transversal                                      |                                                                                                                                                 |
| Diámetro longitudinal                                     |                                                                                                                                                 |
| Capacidad de reducción de la hernia                       | <input type="checkbox"/> No reductible<br><input type="checkbox"/> Parcialmente reductible<br><input type="checkbox"/> Completamente reductible |
| Fecha de la operación que ha causado la hernia incisional |                                                                                                                                                 |

| Laparotomía                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Número de laparotomías previas |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Tipo hernia                    | <input type="checkbox"/> M1<br><input type="checkbox"/> M2<br><input type="checkbox"/> M3<br><input type="checkbox"/> M4<br><input type="checkbox"/> M5<br><input type="checkbox"/> L1:L<br><input type="checkbox"/> L1:R<br><input type="checkbox"/> L2:L<br><input type="checkbox"/> L2:R<br><input type="checkbox"/> L3:L<br><input type="checkbox"/> L3:R<br><input type="checkbox"/> L4:L<br><input type="checkbox"/> L4:R |
| Hernia de trócar               | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Trócar Umbilical<br><input type="checkbox"/> Trócar Otras                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Paraestomal                    | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Colostomía<br><input type="checkbox"/> Ileostomía<br><input type="checkbox"/> Conducto ileal                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Recidiva                                       |                                                            |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Recidiva                                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
| Número de reparaciones previas                 |                                                            |
| La reparación previa está registrada en EVEREG | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
| Código identificativo EVEREG                   |                                                            |

|                             |                                                                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Malla previa                | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> Desconocido |
| Año de la última reparación |                                                                                                    |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>Neumoperitoneo preoperatorio</b> |
|-------------------------------------|

|                              |                                                            |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Neumoperitoneo preoperatorio | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| <b>Toxina botulínica</b> |
|--------------------------|

|                   |                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------|
| Toxina botulínica | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
|-------------------|------------------------------------------------------------|

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**



| Características de la Intervención                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha intervención                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Tipo de intervención                                   | <input type="checkbox"/> Electiva<br><input type="checkbox"/> Urgente                                                                                                                                                                                                                           |
| Duración de la intervención (minutos)                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Clasificación de la ASA                                | <input type="checkbox"/> I.- Sano<br><input type="checkbox"/> II.- Enfermedad sistémica leve<br><input type="checkbox"/> III.- Enfermedad sistémica grave<br><input type="checkbox"/> IV.- Enfermedad sistémica grave con amenaza de la vida<br><input type="checkbox"/> V.- Paciente moribundo |
| CMA (cirugía mayor ambulatoria)                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                      |
| Especialista de pared presente durante la intervención | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tipo de anestesia                                      | <input type="checkbox"/> General<br><input type="checkbox"/> Regional<br><input type="checkbox"/> Local<br><input type="checkbox"/> Desconocida                                                                                                                                                 |
| Profilaxis antibiótica                                 | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Intravenosa (1 dosis)<br><input type="checkbox"/> Más de 1 dosis<br><input type="checkbox"/> Terapéutica                                                                                                                                |
| Clasificación de la cirugía                            | <input type="checkbox"/> Limpia<br><input type="checkbox"/> Limpia-contaminada<br><input type="checkbox"/> Contaminada<br><input type="checkbox"/> Sucia                                                                                                                                        |
| Tipo de acceso                                         | <input type="checkbox"/> Cirugía abierta<br><input type="checkbox"/> Laparoscopia<br><input type="checkbox"/> Laparoscópica con conversión<br><input type="checkbox"/> Robótica                                                                                                                 |
| Laparoscopia - Número de puertos o incisiones          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Laparoscópica con conversión - Razón                   | <input type="checkbox"/> Hemorragia<br><input type="checkbox"/> Adherencias<br><input type="checkbox"/> Lesión intestinal<br><input type="checkbox"/> Lesión de la vejiga<br><input type="checkbox"/> Problemas técnicos<br><input type="checkbox"/> Otra razón                                 |
| Requiere una reparación o resección del intestino      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí, Intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Sí, Colon                                                                                                                                                                             |

| Técnica Quirúrgica                        |                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Separación de componentes                 | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                   |
| Tipo separación de componentes            | <input type="checkbox"/> Anterior<br><input type="checkbox"/> Posterior                                                                                                                                                      |
| Reparación con malla                      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                   |
| Tipo de reparación de sutura (sin malla)  | <input type="checkbox"/> Puntos sueltos<br><input type="checkbox"/> Sutura continua                                                                                                                                          |
| Empresa que produce el material de sutura | <input type="checkbox"/> ANGIOTECH<br><input type="checkbox"/> B.BRAUN<br><input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC<br><input type="checkbox"/> ETHICON<br><input type="checkbox"/> ARAGO<br><input type="checkbox"/> OTRO |

|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre del material de sutura | [ ] QUILL                         |
|                               | [ ] SHARPOINT                     |
|                               | [ ] LOOK                          |
|                               | [ ] DAFILON                       |
|                               | [ ] DAGROFIL                      |
|                               | [ ] LINATRIX                      |
|                               | [ ] MONOMAX                       |
|                               | [ ] MONOPLUS                      |
|                               | [ ] MONOSYN                       |
|                               | [ ] MONOSYN QUICK                 |
|                               | [ ] NOVOSYN                       |
|                               | [ ] PREMICON                      |
|                               | [ ] PREMILENE                     |
|                               | [ ] SAFIL                         |
|                               | [ ] SAFIL QUICK +                 |
|                               | [ ] STEELEX                       |
|                               | [ ] SUPRAMID                      |
|                               | [ ] TELON                         |
|                               | [ ] VIRGIN SOLK / SILKAM          |
|                               | [ ] NOVOSYN QUICK                 |
|                               | [ ] NOVOSYN CHD                   |
|                               | [ ] OPTILENE                      |
|                               | [ ] SILKAM                        |
|                               | [ ] SYMMCORALONG                  |
|                               | [ ] SYMMCORAPERMANENT             |
|                               | [ ] BIOSYN                        |
|                               | [ ] CAPROSYN                      |
|                               | [ ] CHROMIC GUT                   |
|                               | [ ] DERMALON                      |
|                               | [ ] DEXON                         |
|                               | [ ] MAXON                         |
|                               | [ ] MAXON CV                      |
|                               | [ ] MILD CHROMIC GUT              |
|                               | [ ] MONOSOF                       |
|                               | [ ] NOVAFIL                       |
|                               | [ ] PLAIN GUT                     |
|                               | [ ] POLYSORB                      |
|                               | [ ] SOFSILK                       |
|                               | [ ] STEEL                         |
|                               | [ ] SURGIDAC                      |
|                               | [ ] SURGILON                      |
|                               | [ ] SURGIPRO                      |
|                               | [ ] SURGIPRO II                   |
|                               | [ ] TICRON                        |
|                               | [ ] VASCUFIL                      |
|                               | [ ] V-LOCK 180                    |
|                               | [ ] V-LOCK 90                     |
|                               | [ ] COATED VICRIL PLUS            |
|                               | [ ] COATED VICRYL                 |
|                               | [ ] ETHIBOND EXCEL                |
|                               | [ ] ETHILON                       |
|                               | [ ] MERSILENE                     |
|                               | [ ] MONOCRYL                      |
|                               | [ ] MONOCRYL PLUS                 |
|                               | [ ] NUROLON                       |
|                               | [ ] PDS                           |
|                               | [ ] PDS II                        |
|                               | [ ] PDS PLUS                      |
|                               | [ ] PERMA-HAND SILK               |
|                               | [ ] PROLENE                       |
|                               | [ ] PRONOVA                       |
|                               | [ ] SURGICAL STAINLESS STEEL      |
|                               | [ ] SURGICAL GUT SUTURE - CHROMIC |
|                               | [ ] SURGICAL GUT SUTURE - PLAIN   |
|                               | [ ] VICRYL                        |
|                               | [ ] PGA - POLIGLICOLICO           |
|                               | [ ] NOREFIL                       |
|                               | [ ] POLIPROPILENO                 |
|                               | [ ] POLIGLECAPRONA                |
|                               | [ ] PDO - POLIDIOXANONA           |
|                               | [ ] OTRO                          |

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| Número de mallas | <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> |
|------------------|----------------------------------------|

| Características de la Malla 1   |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| Tipo de malla                   | <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> |
| Empresas que produce la malla 1 | <div> <div>1</div> <div>2</div> </div> |

CONFIDENCIAL



Nombre del material de sutura 11

[ ] QUILL  
[ ] SHARPOINT  
[ ] LOOK  
[ ] DAFILON  
[ ] DAGROFIL  
[ ] LINATRIX  
[ ] MONOMAX  
[ ] MONOPLUS  
[ ] MONOSYN  
[ ] MONOSYN QUICK  
[ ] NOVOSYN  
[ ] PREMICON  
[ ] PREMILENE  
[ ] SAFIL  
[ ] SAFIL QUICK +  
[ ] STEELEX  
[ ] SUPRAMID  
[ ] TELON  
[ ] VIRGIN SOLK / SILKAM  
[ ] NOVOSYN QUICK  
[ ] NOVOSYN CHD  
[ ] OPTILENE  
[ ] SILKAM  
[ ] SYMMCORALONG  
[ ] SYMMCORAPERMANENT  
[ ] BIOSYN  
[ ] CAPROSYN  
[ ] CHROMIC GUT  
[ ] DERMALON  
[ ] DEXON  
[ ] MAXON  
[ ] MAXON CV  
[ ] MILD CHROMIC GUT  
[ ] MONOSOF  
[ ] NOVAFIL  
[ ] PLAIN GUT  
[ ] POLYSORB  
[ ] SOFSILK  
[ ] STEEL  
[ ] SURGIDAC  
[ ] SURGILON  
[ ] SURGIPRO  
[ ] SURGIPRO II  
[ ] TICRON  
[ ] VASCUFIL  
[ ] V-LOCK 180  
[ ] V-LOCK 90  
[ ] COATED VICRIL PLUS  
[ ] COATED VICRYL  
[ ] ETHIBOND EXCEL  
[ ] ETHILON  
[ ] MERSILENE  
[ ] MONOCRYL  
[ ] MONOCRYL PLUS  
[ ] NUROLON  
[ ] PDS  
[ ] PDS II  
[ ] PDS PLUS  
[ ] PERMA-HAND SILK  
[ ] PROLENE  
[ ] PRONOVA  
[ ] SURGICAL STAINLESS STEEL  
[ ] SURGICAL GUT SUTURE - CHROMIC  
[ ] SURGICAL GUT SUTURE - PLAIN  
[ ] VICRYL  
[ ] PGA - POLIGLICOLICO  
[ ] NOREFIL  
[ ] POLIPROPILENO  
[ ] POLIGLECAPRONA  
[ ] PDO - POLIDIOXANONA  
[ ] OTRO



CONFIDENCIAL

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Número de lista de la malla                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Anteure malla                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Longitud malla                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Posición malla                              | <input type="checkbox"/> Day (superficial)<br><input type="checkbox"/> Day (intra) (en los bordes del defecto a modo de puente)<br><input type="checkbox"/> Puntual (en el medio del defecto del músculo recto)<br><input type="checkbox"/> Puntual (en el medio del defecto del músculo recto)<br><input type="checkbox"/> Puntual (en el medio del defecto del músculo recto)<br><input type="checkbox"/> Puntual (en el medio del defecto del músculo recto)<br><input type="checkbox"/> Puntual (en el medio del defecto del músculo recto)                                                                    |
| Cierre del defecto                          | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de técnica de sutura                   | <input type="checkbox"/> Continua<br><input type="checkbox"/> Puntos sueltos<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Empresa que produce el material de sutura 2 | <input type="checkbox"/> ANGIOTECH<br><input type="checkbox"/> B. BRAUN<br><input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC<br><input type="checkbox"/> ETHICON<br><input type="checkbox"/> ARAGO<br><input type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nombre del material de sutura 2             | <input type="checkbox"/> SORBAFIX<br><input type="checkbox"/> PERMAFIX<br><input type="checkbox"/> PERMASOFT<br><input type="checkbox"/> CAPSURE<br><input type="checkbox"/> OPTIFIX<br><input type="checkbox"/> ABSORBATAK<br><input type="checkbox"/> ENDO UNIVERSAL<br><input type="checkbox"/> MULTIFIRE ENDO HERNIA STAPLER<br><input type="checkbox"/> MULTIFIRE VERSATAK STAPLER<br><input type="checkbox"/> PROTACK<br><input type="checkbox"/> RELIATAK<br><input type="checkbox"/> STAT TACK<br><input type="checkbox"/> TACKER<br><input type="checkbox"/> SECURESTRAP<br><input type="checkbox"/> OTRO |

| Sistema Fijación de la Malla 2               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grapas                                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo Grapa                                   | <input type="checkbox"/> Absorbible<br><input type="checkbox"/> No absorbible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Empresa que produce la grapa 2               | <input type="checkbox"/> BARD DAVOL<br><input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC<br><input type="checkbox"/> ETHICON<br><input type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nombre de la grapa 2                         | <input type="checkbox"/> SORBAFIX<br><input type="checkbox"/> PERMAFIX<br><input type="checkbox"/> PERMASOFT<br><input type="checkbox"/> CAPSURE<br><input type="checkbox"/> OPTIFIX<br><input type="checkbox"/> ABSORBATAK<br><input type="checkbox"/> ENDO UNIVERSAL<br><input type="checkbox"/> MULTIFIRE ENDO HERNIA STAPLER<br><input type="checkbox"/> MULTIFIRE VERSATAK STAPLER<br><input type="checkbox"/> PROTACK<br><input type="checkbox"/> RELIATAK<br><input type="checkbox"/> STAT TACK<br><input type="checkbox"/> TACKER<br><input type="checkbox"/> SECURESTRAP<br><input type="checkbox"/> OTRO |
| Sutura                                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sutura transfascial (Transabdominal)         | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de técnica de sutura                    | <input type="checkbox"/> Continua<br><input type="checkbox"/> Puntos sueltos<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Empresa que produce el material de sutura 22 | <input type="checkbox"/> ANGIOTECH<br><input type="checkbox"/> B. BRAUN<br><input type="checkbox"/> COVIDIEN/MEDTRONIC<br><input type="checkbox"/> ETHICON<br><input type="checkbox"/> ARAGO<br><input type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Nombre del material de sutura 22

[ ] QUILL  
 [ ] SHARPOINT  
 [ ] LOOK  
 [ ] DAFILON  
 [ ] DAGROFIL  
 [ ] LINATRIX  
 [ ] MONOMAX  
 [ ] MONOPLUS  
 [ ] MONOSYN  
 [ ] MONOSYN QUICK  
 [ ] NOVOSYN  
 [ ] PREMICON  
 [ ] PREMILENE  
 [ ] SAFIL  
 [ ] SAFIL QUICK +  
 [ ] STEELEX  
 [ ] SUPRAMID  
 [ ] TELON  
 [ ] VIRGIN SOLK / SILKAM  
 [ ] NOVOSYN QUICK  
 [ ] NOVOSYN CHD  
 [ ] OPTILENE  
 [ ] SILKAM  
 [ ] SYMMCORALONG  
 [ ] SYMMCORAPERMANENT  
 [ ] BIOSYN  
 [ ] CAPROSYN  
 [ ] CHROMIC GUT  
 [ ] DERMALON  
 [ ] DEXON  
 [ ] MAXON  
 [ ] MAXON CV  
 [ ] MILD CHROMIC GUT  
 [ ] MONOSOF  
 [ ] NOVAFIL  
 [ ] PLAIN GUT  
 [ ] POLYSORB  
 [ ] SOFSILK  
 [ ] STEEL  
 [ ] SURGIDAC  
 [ ] SURGILON  
 [ ] SURGIPRO  
 [ ] SURGIPRO II  
 [ ] TICRON  
 [ ] VASCUFIL  
 [ ] V-LOCK 180  
 [ ] V-LOCK 90  
 [ ] COATED VICRIL PLUS  
 [ ] COATED VICRYL  
 [ ] ETHIBOND EXCEL  
 [ ] ETHILON  
 [ ] MERSILENE  
 [ ] MONOCRYL  
 [ ] MONOCRYL PLUS  
 [ ] NUROLON  
 [ ] PDS  
 [ ] PDS II  
 [ ] PDS PLUS  
 [ ] PERMA-HAND SILK  
 [ ] PROLENE  
 [ ] PRONOVA  
 [ ] SURGICAL STAINLESS STEEL  
 [ ] SURGICAL GUT SUTURE - CHROMIC  
 [ ] SURGICAL GUT SUTURE - PLAIN  
 [ ] VICRYL  
 [ ] PGA - POLIGLICOLICO  
 [ ] NOREFIL  
 [ ] POLIPROPILENO  
 [ ] POLIGLECAPRONA  
 [ ] PDO - POLIDIOXANONA  
 [ ] OTRO

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pegamento                          | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tipo pegamento                     | <input type="checkbox"/> Cola de fibrina<br><input type="checkbox"/> Cianoacrilato<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Empresa que produce el pegamento 2 | <input type="checkbox"/> ASPIDE<br><input type="checkbox"/> B.BRAUN<br><input type="checkbox"/> BAXTER<br><input type="checkbox"/> ETHICON<br><input type="checkbox"/> GEM<br><input type="checkbox"/> LIQUIBAND<br><input type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                         |
| Nombre del pegamento 2             | <input type="checkbox"/> GLUBRAN TISS<br><input type="checkbox"/> HISTOACRYL<br><input type="checkbox"/> ARTISS<br><input type="checkbox"/> TISSEEL<br><input type="checkbox"/> TISSUECOL<br><input type="checkbox"/> EVICEL<br><input type="checkbox"/> DERMABOND<br><input type="checkbox"/> OMNEX<br><input type="checkbox"/> GLUBRAN TISS<br><input type="checkbox"/> LIQUIBAND FIX8<br><input type="checkbox"/> OTRO |

| Procedimientos Asociados                   |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Dermolipectomía                            | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
| Otros procedimientos asociados             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
| Especificar otros procedimientos asociados |                                                            |

| Complicaciones Intraoperatorio         |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Complicaciones Intraoperatorio         | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                      |
| Tipo de complicaciones intraoperatorio | <input type="checkbox"/> Hemorragia<br><input type="checkbox"/> Lesión intestinal<br><input type="checkbox"/> Lesión de la vejiga urinaria<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales (p.e.cardiaca)<br><input type="checkbox"/> Otras complicaciones |
| Origen de la hemorragia                | <input type="checkbox"/> Pared abdominal<br><input type="checkbox"/> Mesenterio<br><input type="checkbox"/> Hígado<br><input type="checkbox"/> Bazo<br><input type="checkbox"/> Grandes vasos                                                                   |
| Tipo de lesión intestinal              | <input type="checkbox"/> Estómago<br><input type="checkbox"/> Intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Colon                                                                                                                                               |
| Gravedad de la lesión intestinal       | <input type="checkbox"/> Deserosamiento<br><input type="checkbox"/> Lesión de toda la pared (perforación)                                                                                                                                                       |
| Manejo de la lesión intestinal         | <input type="checkbox"/> Sutura<br><input type="checkbox"/> Resección intestinal con anastomosis<br><input type="checkbox"/> Ostomía                                                                                                                            |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Especificar Otras Complicaciones |  |
|----------------------------------|--|

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: POSTOPERATORIO**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Fecha alta hospitalaria |  |
|-------------------------|--|

| Complicaciones Durante la Estancia Hospitalaria                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alguna complicación durante la estancia hospitalaria                | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo complicaciones                                                 | <input type="checkbox"/> Hemorragia<br><input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Íleo prolongado u obstrucción<br><input type="checkbox"/> Lesión de órgano o perforación<br><input type="checkbox"/> Necrosis cutánea<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales |
| Infección de herida - Cultivo                                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Infección de herida - Germen                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tipo Infección de herida                                            | <input type="checkbox"/> Superficial<br><input type="checkbox"/> Profunda<br><input type="checkbox"/> Intra-abdominal                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Profunda o Intra abdominal                                          | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Infección de herida - infección de malla                            | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Infección de herida - retirada de malla                             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Reintervención                                                      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Nueva reparación de la pared<br><input type="checkbox"/> Nueva reintervención por complicaciones no relacionadas con la pared                                                                                                                                                                                              |
| Cuidados intensivos debido a complicaciones potencialmente mortales | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tipo de complicaciones que amenazan la vida                         | <input type="checkbox"/> Fallo uniorgánico<br><input type="checkbox"/> Fallo multiorgánico                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Exitus postoperatorio                                               | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Clasificación de las complicaciones quirúrgicas                     | <input type="checkbox"/> Grado 1<br><input type="checkbox"/> Grado 2<br><input type="checkbox"/> Grado 3<br><input type="checkbox"/> Grado 4<br><input type="checkbox"/> Grado 5                                                                                                                                                                                                   |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: VISITA MES 1**



| Visita Mes 1                 |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visita realizada             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Continúa el seguimiento      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Motivo no realización visita | <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la visita<br><input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente<br><input type="checkbox"/> A criterio del investigador<br><input type="checkbox"/> Otro motivo |
| Fecha de la visita           |                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipo de visita               | <input type="checkbox"/> Telefónica<br><input type="checkbox"/> Presencial                                                                                                                                                    |

| Complicaciones                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alguna complicación                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tipo complicaciones                        | <input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Obstrucción del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Abultamiento (bulging)<br><input type="checkbox"/> Recidiva<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales |
| Tipo de infección de herida                | <input type="checkbox"/> Superficial<br><input type="checkbox"/> Profunda<br><input type="checkbox"/> Intraabdominal                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida profunda       | <input type="checkbox"/> Infección incluyendo absceso subcutáneo<br><input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Fístula enterocutánea                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida intraabdominal | <input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Absceso<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                                                                                                                                                                       |
| Infección de herida - Cultivo              | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Infección de herida - Germen               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tratamiento de la obstrucción del intestino delgado | <input type="checkbox"/> Tratamiento conservador sin hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento conservador con hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con adhesiolisis<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con necesidad de resección del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal |
| Tipo seroma                                         | <input type="checkbox"/> Tipo 0 - No seroma clínico<br><input type="checkbox"/> Tipo I - Seroma clínico que dura menos de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo II - Seroma clínico que dura más de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo III - Seroma menor con complicación<br><input type="checkbox"/> Tipo IV - Seroma mayor con complicación                     |
| Tipo de abultamiento                                | <input type="checkbox"/> Asintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático y motivo de reoperación                                                                                                                                                                                                                           |
| Fecha diagnóstico recidiva                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sitio de la recurrencia                             | <input type="checkbox"/> En el sitio de la hernia original<br><input type="checkbox"/> En el borde de la reparación o la malla<br><input type="checkbox"/> A distancia de la reparación original                                                                                                                                                                        |
| Síntomas de la recurrencia                          | <input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático)<br><input type="checkbox"/> Dolor<br><input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos<br><input type="checkbox"/> Incarceración<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                         |
| Necesidad de reintervención                         | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nueva reparación realizada                          | <input type="checkbox"/> No, el paciente no quiere<br><input type="checkbox"/> No, paciente en lista de espera<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                           |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: VISITA MES 6**



| Visita Mes 6                 |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visita realizada             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Continúa el seguimiento      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Motivo no realización visita | <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la visita<br><input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente<br><input type="checkbox"/> A criterio del investigador<br><input type="checkbox"/> Otro motivo |
| Fecha de la visita           |                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipo de visita               | <input type="checkbox"/> Telefónica<br><input type="checkbox"/> Presencial                                                                                                                                                    |

| Complicaciones                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alguna complicación                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tipo complicaciones                        | <input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Obstrucción del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Abultamiento (bulging)<br><input type="checkbox"/> Recidiva<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales |
| Tipo de infección de herida                | <input type="checkbox"/> Superficial<br><input type="checkbox"/> Profunda<br><input type="checkbox"/> Intraabdominal                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida profunda       | <input type="checkbox"/> Infección incluyendo absceso subcutáneo<br><input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Fístula enterocutánea                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida intraabdominal | <input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Absceso<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                                                                                                                                                                       |
| Infección de herida - Cultivo              | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Infección de herida - Germen               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tratamiento de la obstrucción del intestino delgado | <input type="checkbox"/> Tratamiento conservador sin hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento conservador con hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con adhesiolisis<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con necesidad de resección del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                  |
| Tipo seroma                                         | <input type="checkbox"/> Tipo 0 - No seroma clínico<br><input type="checkbox"/> Tipo I - Seroma clínico que dura menos de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo II - Seroma clínico que dura más de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo III - Seroma menor con complicación<br><input type="checkbox"/> Tipo IV - Seroma mayor con complicación                                                                                                      |
| Tratamiento del dolor abdominal                     | <input type="checkbox"/> Necesidad de medicación relacionada con la reparación hernia<br><input type="checkbox"/> Intervención no quirúrgica del dolor (Infiltración, radiofrecuencia, etc.)<br><input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica (eliminación de fijación sutura / grapa con anestesia local)<br><input type="checkbox"/> Exploración laparoscópica, la eliminación de la sutura de fijación / adherencia o malla bajo anestesia general |
| Medicación para el dolor                            | <input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 o 2 días después de IQ<br><input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 semana después de IQ<br><input type="checkbox"/> Administración esporádica de medicación para el dolor<br><input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor                                                                                                                            |
| Tipo de abultamiento                                | <input type="checkbox"/> Asintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático y motivo de reoperación                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fecha diagnóstico recidiva                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sitio de la recurrencia                             | <input type="checkbox"/> En el sitio de la hernia original<br><input type="checkbox"/> En el borde de la reparación o la malla<br><input type="checkbox"/> A distancia de la reparación original                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Síntomas de la recurrencia                          | <input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático)<br><input type="checkbox"/> Dolor<br><input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos<br><input type="checkbox"/> Incarceración<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                          |
| Necesidad de reintervención                         | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nueva reparación realizada                          | <input type="checkbox"/> No, el paciente no quiere<br><input type="checkbox"/> No, paciente en lista de espera<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: VISITA MES 12**



| Visita Mes 12                |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Visita realizada             | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Continúa el seguimiento      | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                    |
| Motivo no realización visita | <input type="checkbox"/> El paciente no acude a la visita<br><input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente<br><input type="checkbox"/> A criterio del investigador<br><input type="checkbox"/> Otro motivo |
| Fecha de la visita           |                                                                                                                                                                                                                               |
| Tipo de visita               | <input type="checkbox"/> Telefónica<br><input type="checkbox"/> Presencial                                                                                                                                                    |

| Complicaciones                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alguna complicación                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tipo complicaciones                        | <input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Obstrucción del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Abultamiento (bulging)<br><input type="checkbox"/> Recidiva<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales |
| Tipo de infección de herida                | <input type="checkbox"/> Superficial<br><input type="checkbox"/> Profunda<br><input type="checkbox"/> Intraabdominal                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida profunda       | <input type="checkbox"/> Infección incluyendo absceso subcutáneo<br><input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Fístula enterocutánea                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida intraabdominal | <input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Absceso<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                                                                                                                                                                       |
| Infección de herida - Cultivo              | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Infección de herida - Germen               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tratamiento de la obstrucción del intestino delgado | <input type="checkbox"/> Tratamiento conservador sin hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento conservador con hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con adhesiolisis<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con necesidad de resección del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                  |
| Tipo seroma                                         | <input type="checkbox"/> Tipo 0 - No seroma clínico<br><input type="checkbox"/> Tipo I - Seroma clínico que dura menos de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo II - Seroma clínico que dura más de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo III - Seroma menor con complicación<br><input type="checkbox"/> Tipo IV - Seroma mayor con complicación                                                                                                      |
| Tratamiento del dolor abdominal                     | <input type="checkbox"/> Necesidad de medicación relacionada con la reparación hernia<br><input type="checkbox"/> Intervención no quirúrgica del dolor (Infiltración, radiofrecuencia, etc.)<br><input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica (eliminación de fijación sutura / grapa con anestesia local)<br><input type="checkbox"/> Exploración laparoscópica, la eliminación de la sutura de fijación / adherencia o malla bajo anestesia general |
| Medicación para el dolor                            | <input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 o 2 días después de IQ<br><input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 semana después de IQ<br><input type="checkbox"/> Administración esporádica de medicación para el dolor<br><input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor                                                                                                                            |
| Tipo de abultamiento                                | <input type="checkbox"/> Asintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático y motivo de reoperación                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fecha diagnóstico recidiva                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sitio de la recurrencia                             | <input type="checkbox"/> En el sitio de la hernia original<br><input type="checkbox"/> En el borde de la reparación o la malla<br><input type="checkbox"/> A distancia de la reparación original                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Síntomas de la recurrencia                          | <input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático)<br><input type="checkbox"/> Dolor<br><input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos<br><input type="checkbox"/> Incarceración<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                          |
| Necesidad de reintervención                         | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nueva reparación realizada                          | <input type="checkbox"/> No, el paciente no quiere<br><input type="checkbox"/> No, paciente en lista de espera<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: VISITA MES 24**



| Visita Mes 24      |                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Visita realizada   | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                 |
| Fecha de la visita |                                                                            |
| Tipo de visita     | <input type="checkbox"/> Telefónica<br><input type="checkbox"/> Presencial |

| Complicaciones                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alguna complicación                                 | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tipo complicaciones                                 | <input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Obstrucción del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Abultamiento (bulging)<br><input type="checkbox"/> Recidiva<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales |
| Tipo de infección de herida                         | <input type="checkbox"/> Superficial<br><input type="checkbox"/> Profunda<br><input type="checkbox"/> Intraabdominal                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida profunda                | <input type="checkbox"/> Infección incluyendo absceso subcutáneo<br><input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Fístula enterocutánea                                                                                                                                                                                                        |
| Tipo de infección de herida intraabdominal          | <input type="checkbox"/> Infección de la malla<br><input type="checkbox"/> Absceso<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal                                                                                                                                                                                                                                       |
| Infección de herida - Cultivo                       | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Infección de herida - Germen                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tratamiento de la obstrucción del intestino delgado | <input type="checkbox"/> Tratamiento conservador sin hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento conservador con hospitalización<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con adhesiolisis<br><input type="checkbox"/> Tratamiento quirúrgico con necesidad de resección del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Perforación intestinal     |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo seroma                     | <input type="checkbox"/> Tipo 0 - No seroma clínico<br><input type="checkbox"/> Tipo I - Seroma clínico que dura menos de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo II - Seroma clínico que dura más de 1 mes<br><input type="checkbox"/> Tipo III - Seroma menor con complicación<br><input type="checkbox"/> Tipo IV - Seroma mayor con complicación                                                                                                      |
| Tratamiento del dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Necesidad de medicación relacionada con la reparación hernia<br><input type="checkbox"/> Intervención no quirúrgica del dolor (Infiltración, radiofrecuencia, etc.)<br><input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica (eliminación de fijación sutura / grapa con anestesia local)<br><input type="checkbox"/> Exploración laparoscópica, la eliminación de la sutura de fijación / adherencia o malla bajo anestesia general |
| Medicación para el dolor        | <input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 o 2 días después de IQ<br><input type="checkbox"/> Medicación para el dolor durante 1 semana después de IQ<br><input type="checkbox"/> Administración esporádica de medicación para el dolor<br><input type="checkbox"/> Actualmente con medicación para el dolor                                                                                                                            |
| Tipo de abultamiento            | <input type="checkbox"/> Asintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático<br><input type="checkbox"/> Sintomático y motivo de reoperación                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fecha diagnóstico recidiva      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sitio de la recurrencia         | <input type="checkbox"/> En el sitio de la hernia original<br><input type="checkbox"/> En el borde de la reparación o la malla<br><input type="checkbox"/> A distancia de la reparación original                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Síntomas de la recurrencia      | <input type="checkbox"/> Ninguno (asintomático)<br><input type="checkbox"/> Dolor<br><input type="checkbox"/> Síntomas obstructivos<br><input type="checkbox"/> Incarceración<br><input type="checkbox"/> Otros                                                                                                                                                                                                                                          |
| Necesidad de reintervención     | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nueva reparación realizada      | <input type="checkbox"/> No, el paciente no quiere<br><input type="checkbox"/> No, paciente en lista de espera<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: VISITAS ADICIONALES**



|                     |                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------|
| Visitas Adicionales | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
|---------------------|------------------------------------------------------------|

| Visitas Adicionales |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                            |                                                            |                                                            |                                                            |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Fecha visita        | Tipo de Visita                                                             | Razón de la visita adicional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fecha diagnóstico recidiva | Recidiva por TAC                                           | Fístula intestinal                                         | Reintervención                                             | Retirada de malla                                          |
|                     | <input type="checkbox"/> Telefónica<br><input type="checkbox"/> Presencial | <input type="checkbox"/> A petición del paciente<br><input type="checkbox"/> Fallecimiento<br><input type="checkbox"/> Seroma<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Infección de herida<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Abultamiento (bulging)<br><input type="checkbox"/> Obstrucción del intestino delgado<br><input type="checkbox"/> Recidiva<br><input type="checkbox"/> Complicaciones generales<br><input type="checkbox"/> Otra razón |                            | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |

Tabla id: 435

|                         |                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| Continúa el seguimiento | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí |
|-------------------------|------------------------------------------------------------|

**ESTUDIO: EVEREG Hernia Incisional**  
**VISITA: EVEREG**  
**SECCION: FINALIZACIÓN**



| Finalización                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Completa los 24 meses de seguimiento | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Motivo de discontinuación            | <input type="checkbox"/> No es posible contactar con el paciente<br><input type="checkbox"/> El paciente rehusa continuar el seguimiento<br><input type="checkbox"/> Fallecimiento<br><input type="checkbox"/> Reintervención<br><input type="checkbox"/> A criterio del investigador<br><input type="checkbox"/> Otro motivo |
| Fecha fallecimiento                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Fecha de la reintervención           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |