

Studie nummer:

Patiënt sticker

OR

Patiënt naam: _____

Patiënt ID: _____

Neurochirurgisch clipping – Case Report Form MEASURE Registry

Algemene informatie

Datum behandeling ____/____/____ (DD/MM/YYYY)

Tijd registratie (h:min)

Tijdstip start anesthesie _____ : _____

Tijdstip start procedure _____ : _____

Tijdstip einde procedure _____ : _____

Tijdstip einde anesthesie _____ : _____

Clipping

Benadering: Pterionaal Supraorbitaal Frontaal (paramediaan) Anders, namelijk:

Maximale diameter (mm) botluik: _____

Aantal clips aneurysma: _____

Gefenestreerde clip: Nee Ja

Temporair clippen

Nee Ja, aantal episodes (een episode is per vat, per keer, de proximale clip): _____

1. Vat: _____ Duur: _____ min

5. Vat: _____ Duur: _____ min

2. Vat: _____ Duur: _____ min

6. Vat: _____ Duur: _____ min

3. Vat: _____ Duur: _____ min

7. Vat: _____ Duur: _____ min

4. Vat: _____ Duur: _____ min

8. Vat: _____ Duur: _____ min

Additionele interventie(s)

Nee Ja, namelijk:

EVD

Lamina terminalis fenestratie

Decompressieve hemicraniectomie

Intraparenchymateuze hematoomevacuatie

Anders, namelijk:

Procedurele intracraniële complicaties

Nee Ja, namelijk:

Ruptuur aneurysma voor dura opening

Ruptuur aneurysma na dura opening

Vaatspasme

Vaatocclusie door clip

Anders, namelijk:

Gebruik spatel

Nee Ja

Gebruik medicatie

Nee Ja, namelijk:

Lokaal papaverine

Pentobarbital

Anders, namelijk:

Output controle

Nee Ja, namelijk:

Systemisch adenosine

Rapid ventricular pacing

Anders, namelijk:

Behandeling additionele (ongeruptureerde) aneurysmata

Nee Ja, indien ja vul per aneurysma een CRF in vanaf clipping, schrijf erboven de locatie van het aneurysma waar het extra CRF voor geldt

