

**REGISTRO NAZIONALE S.I.C.E. DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA**

**DEL COLON-RETTO**

(1) Centro di provenienza ..... n° paz. ....  
Iniziali del paziente ..... Et ..... Sesso.....  
Data intervento chirurgico..... Data dimissione.....

**STADIAZIONE PRE-OPERATORIA**

**SEDE DELLA LESIONE**

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> retto (cm.) | <input type="checkbox"/> flessura splenica | <input type="checkbox"/> ascendente                     |
| <input type="checkbox"/> sigma       | <input type="checkbox"/> trasverso         | <input type="checkbox"/> ceco                           |
| <input type="checkbox"/> discendente | <input type="checkbox"/> flessura epatica  | <input type="checkbox"/> colon (malattia diffusa)       |
|                                      |  | <input type="checkbox"/> colon-retto (malattia diffusa) |

**METASTASI EPATICHE**       SI       NO

**METASTASI POLMONARI**       SI       NO

**CARCINOSI**       SI       NO

**TIPO INTERVENTO**

ELEZIONE       RADICALE       URGENZA       PALLIATIVO

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA             | <input type="checkbox"/> RES. ILEO-CECALE                               |
| <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA             | <input type="checkbox"/> COLECTOMIA DS                                  |
| <input type="checkbox"/> COLOTOMIA              | <input type="checkbox"/> RES. TRASVERSO                                 |
| <input type="checkbox"/> RETTOPESSI             | <input type="checkbox"/> COLECTOMIA SIN                                 |
| <input type="checkbox"/> HARTMANN               | <input type="checkbox"/> SIGMOIDECTOMIA                                 |
| <input type="checkbox"/> RICONVERSIONE HARTMANN | <input type="checkbox"/> RESEZIONE ANTERIORE                            |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (_____)          | <input type="checkbox"/> MILES  |
| <input type="checkbox"/> PROCTOCOLECTOMIA       | <input type="checkbox"/> COLECTOMIA TOTALE <input type="checkbox"/> IRA |
|   | <input type="checkbox"/> POUCH  |

## **ANASTOMOSI**

- |  |                              |                       |   |
|--|------------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> INTRACORPOREA | <input type="checkbox"/> T-T | ILEOSTOMIA TEMPORANEA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> EXTRACORPOREA | <input type="checkbox"/> T-L | COLOSTOMIA TEMPORANEA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|  | <input type="checkbox"/> L-T |                       |   |
|  | <input type="checkbox"/> L-L |                       |   |

- MECCANICA
- MANUALE

**DURATA INTERVENTO** (min. )

## **ESTRAZIONE DEL PEZZO**

- MINILAPAROTOMIA (sede \_\_\_\_\_)       TRANSANALE

## **COMPLICANZE INTRAOPERATORIE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> perforazione viscere | <input type="checkbox"/> emorragie           |
| <input type="checkbox"/> lesioni parenchimali | <input type="checkbox"/> altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> lesione ureterale    |  |

## **CONVERSIONE**

- SI                               NO

## **CAUSA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> neoplasia localmente avanzata    | <input type="checkbox"/> tempo operatorio prolungato |
| <input type="checkbox"/> non chiara anatomia              | <input type="checkbox"/> patologie associate         |
| <input type="checkbox"/> non identificazione dell'uretere | <input type="checkbox"/> aderenze pelviche           |
| <input type="checkbox"/> complicanze intraoperatorie      | <input type="checkbox"/> obesità                     |
| <input type="checkbox"/> altro                            |  |

## ANATOMIA PATOLOGICA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADENOMA        | <input type="checkbox"/> CROHN               |
| <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA | <input type="checkbox"/> POLIPOSÌ            |
| <input type="checkbox"/> DIVERTICOLI    | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) |
| <input type="checkbox"/> RCU            |  |

FRESCO      FISSATO

DISTANZA MARGINE DISTALE \_\_\_\_\_ cm.

TNM \_\_\_\_\_

GRADING \_\_\_\_\_

DUKES \_\_\_\_\_

RT PRE-OP. (ca. retto)       SI       NO

CHT pre-op.       SI       NO

### ADENOMA

### DISPLASIA

- ASSENTE
- LIEVE
- MEDIA
- GRAVE

### ADENOMA CANCERIZZATO

- INTRAMUCOSO
- SOTTOMUCOSO
- INFILTRAZIONE PEDUNCOLO
- INFILTRAZIONE BASE

## DECORSO POSTOPERATORIO

giornata

DIMISSIONE .....  
(3) DIMISSIONE TEORICA .....  
RIPRESA ATTIVITA' .....

## COMPLICANZE

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ileo post-op.   | <input type="checkbox"/> fistole           | <input type="checkbox"/> emoperitoneo |
| <input type="checkbox"/> raccolte        | <input type="checkbox"/> infezione minilap | <input type="checkbox"/> altro _____  |
| <input type="checkbox"/> broncopolmonite | <input type="checkbox"/> urinarie          |                                       |

EXITUS (cause) \_\_\_\_\_

REINTERVENTO       SI       NO

Tipo intervento \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

*Inviare la scheda via fax o email a:*

**Segreteria SICE**

**Tel. 06/49970204**

**Fax 06/4465513**

**email: [segreteria@siceitalia.com](mailto:segreteria@siceitalia.com)**

**IL MEDICO COMPILATORE**

**Dott. \_\_\_\_\_**

**Timbro del reparto**

**FOLLOW-UP pazienti oncologici (ogni 12 mesi)**

**CENTRO** \_\_\_\_\_ **NOME DEL PAZIENTE** \_\_\_\_\_

**Data intervento chirurgico** \_\_\_\_\_ **Data controllo** \_\_\_\_\_

HA ESEGUITO CHT ADIUVANTE?  SI  NO

HA ESEGUITO RADIOTERAPIA?  SI  NO

RIPRESA DI MALATTIA?  SI (Mesi dopo intervento  
chirurgico \_\_\_\_\_)

NO

Specificare:

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> FEGATO                | <input type="checkbox"/> POLMONE     | <input type="checkbox"/> ANASTOMOTICA         |
| <input type="checkbox"/> PELVICA               | <input type="checkbox"/> LINFONODALE | <input type="checkbox"/> OSSEA                |
| <input type="checkbox"/> INSERZIONE TROCARS    |                                      | <input type="checkbox"/> MINILAP.             |
| <input type="checkbox"/> CARCINOSI PERITONEALE |                                      | <input type="checkbox"/> ANASTOMOTICA PRECOCE |

TRATTAMENTO RECIDIVA  SI  NO

- CHIRURGICO PALLIATIVO
  - CHIRURGICO RADICALE
  - RADIOTERAPIA
  - CHEMIOTERAPIA
  - RADIO-CHEMIOTERAPIA
-