

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>In- en exclusiecriteria</b>		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Inclusiecriteria</b>			
1	Symptomatische colonobstructie (vereist interventie < 24 uur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Obstructie veroorzaakt door stenose in het linker colon - flexura lienalis, colon descendens of sigmoid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Stenose op basis van een coloncarcinoom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Exclusiecriteria</b>			
1	Verdenking op peritonitis/darmperforatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Rechtszijdige colonobstructie (proximaal van de flexura lienalis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Obstructie op basis van rectumcarcinoom (< 10 cm van de anus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Obstructie op basis van benigne pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Obstructie door compressie van buiten het colon (extracolonic malignancy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Schriftelijk Informed Consent</b>		<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
Heeft de patiënt een schriftelijke toestemmingsverklaring getekend voor deelname aan deze registratie? <i>Informed Consent Form, zie website onder downloads</i>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo JA, datum informed consent:  _ _ - _ _ - _ _ _ _  (dd-mm-jjjj)			

**De patiënt kan worden geïnccludeerd in de CONSTRUCT registratie indien alle inclusiecriteria met JA en alle exclusiecriteria met NEE zijn beantwoord. Bovendien moet de patiënt een schriftelijk Informed Consent hebben getekend.**

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

**Datum presentatie SEH:** (dd-mm-jjjj)

|\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

## Patiëntkarakteristieken

**Geslacht:**  Man  
 Vrouw

**Leeftijd:** |\_|\_|\_| jaar

**Lengte:** |\_|\_|\_| cm

**Gewicht:** |\_|\_|\_| kg

## Is er sprake van co-morbiditeit

**Ja** **Nee**

**Cardiaal?**

Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Atriumfibrilleren / -flutter    |
| <input type="checkbox"/> Myocard infarct | <input type="checkbox"/> Hartritmestoornissen (excl. AF) |
| <input type="checkbox"/> PTCA            | <input type="checkbox"/> Decompensatio cordis            |
| <input type="checkbox"/> CABG            | <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie                 |
| <input type="checkbox"/> Kleplijden      | <input type="checkbox"/> Status na harttransplantatie    |
| <input type="checkbox"/> Klepvervangning | <input type="checkbox"/> Overige cardiale co-morbiditeit |

**Vasculair?**

Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertensie                       | <input type="checkbox"/> Aneurysma aorta (abd/thor) |
| <input type="checkbox"/> Perifeer stenoserend vaatlijden   | <input type="checkbox"/> Carotis stenose            |
| <input type="checkbox"/> Overige vasculaire co-morbiditeit |   |

**Diabetes?**

Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niet-insuline afhankelijk | <input type="checkbox"/> Met orgaanfalen                    |
| <input type="checkbox"/> Insuline afhankelijk      | <input type="checkbox"/> Overige diabetische co-morbiditeit |

Vervolg op Pagina 3

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>Is er sprake van co-morbiditeit (vervolg)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<p><b>Pulmonaal?</b></p> <p>Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):</p> <p><input type="checkbox"/> COPD / CARA / emfyseem / chronische bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> Longfibrose</p> <p><input type="checkbox"/> Status na longresectie / -transplantatie</p> <p><input type="checkbox"/> Overige pulmonale co-morbiditeit</p>	○	○
<p><b>Neurologisch?</b></p> <p>Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):</p> <p><input type="checkbox"/> TIA</p> <p><input type="checkbox"/> CVA</p> <p><input type="checkbox"/> Spierziekten</p> <p><input type="checkbox"/> Overige neurologische co-morbiditeit</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinsonisme / dementie</p> <p><input type="checkbox"/> Schizofrenie / ernstige depressie / psychose</p> <p><input type="checkbox"/> Hemiplegie / dwarslaesie</p>	○	○
<p><b>Maag, Darm, Lever?</b></p> <p>Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):</p> <p><input type="checkbox"/> Ulcuslijden / reflux oesofagitis</p> <p><input type="checkbox"/> Symptomatisch galsteenlijden</p> <p><input type="checkbox"/> Pancreatitis (acuut/chronisch)</p> <p><input type="checkbox"/> Overige MDL co-morbiditeit</p> <p><input type="checkbox"/> Diverticulitis</p> <p><input type="checkbox"/> Leverziekten / -falen (cirrose / hepatitis)</p> <p><input type="checkbox"/> Inflammatory Bowel Disease</p>	○	○
<p><b>Urogenitaal?</b></p> <p>Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):</p> <p><input type="checkbox"/> Chronische nierinsufficiëntie (kreatinine &gt;110)</p> <p><input type="checkbox"/> Dialyse afhankelijk nierfalen</p> <p><input type="checkbox"/> Overige urogenitale co-morbiditeit</p> <p><input type="checkbox"/> Zwangerschap op moment van operatie</p> <p><input type="checkbox"/> Status na nieroperatie / -transplantatie</p>	○	○
<p><b>Trombotisch?</b></p> <p>Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):</p> <p><input type="checkbox"/> DVT / trombosebeen</p> <p><input type="checkbox"/> Longembolie</p>	○	○

Vervolg op Pagina 4

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>Is er sprake van co-morbiditeit (vervolg)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Vervolg trombotische co-morbiditeit</b> <input type="checkbox"/> Overige trombotische co-morbiditeit	○	○
<b>Spier en gewrichten?</b> Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk): <input type="checkbox"/> Sarcoïdose <input type="checkbox"/> Reumatische aandoeningen / SLE / sclerodermie <input type="checkbox"/> Vasculitis <input type="checkbox"/> Overige musculaire co-morbiditeit	○	○
<b>Endocriene aandoeningen?</b> Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk): <input type="checkbox"/> Hypo- / hyperthyreoïdie <input type="checkbox"/> Hypo- / hyperparathyreoïdie <input type="checkbox"/> Bijnierziekten (Addison/Cushing/Conn) <input type="checkbox"/> Overige endocriene co-morbiditeit	○	○
<b>Infectieziekten?</b> Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk): <input type="checkbox"/> HIV / aids <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Overige infectieuze co-morbiditeit	○	○
<b>Maligniteit (excl. basaalcarcinoom huid)?</b> Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk): <input type="checkbox"/> Actueel (nog te behandelen) <input type="checkbox"/> Curatief behandeld < 5 j geleden <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Palliatief behandeld en/of afstands-metastasen <input type="checkbox"/> Curatief behandeld > 5 j geleden	○	○
<b>Overige co-morbiditeit?</b> Zo JA, graag een korte omschrijving:	○	○

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>Chirurgische voorgeschiedenis</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Buikoperaties in voorgeschiedenis?</b>	○	○
Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):		
<input type="checkbox"/> Oesofagus/maag/pancreas/milt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blaas/prostaat/uterus/ovarium
<input type="checkbox"/> Hepatobiliare operatie (incl. cholecystectomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darmoperatie (incl. aanleggen stoma)
<input type="checkbox"/> Overige abdominale operaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Eerste ziekenhuispresentatie met colonobstructie</b>	
<b>ASA score:</b>	
I - Gezonde persoon zonder regelmatig medicijngebruik	○
II - Patiënt met een lichte aandoening, al dan niet medicatie, zonder beperking normale activiteiten	○
III - Patiënt met ernstige systeemaantasting waarvoor medicatie, met beperking normale activiteiten	○
IV - Patiënt met ernstige systeemaantasting, chronisch bedreigend voor het leven	○
V - Moribund, waarvan overleving < 24 uur met of zonder ingreep	○
<b>ECOG performance status:</b>	
0 = Normale activiteit	○
1 = Symptomatisch, maar ambulant; in staat lichte werkzaamheden uit te voeren	○
2 = Meer dan 50% van de tijd overdag ambulant, kan voor zichzelf zorgen; niet in staat te werken	○
3 = Meer dan 50% van de tijd overdag in bed of stoel; kan beperkt voor zichzelf zorgen	○
4 = Volledig ziek; kan niet voor zichzelf zorgen; volledig bedlegerig of zit gehele dag in stoel	○

<b>Obstructieve symptomen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Opgezette buik?</b>	○	○
<b>Opgeblazen gevoel?</b>	○	○
<b>Braken?</b>	○	○
<b>Relevant gewichtsverlies?</b>	○	○
<b>Datum laatste ontlasting: (dd-mm-jjjj)</b>	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<b>Datum laatste orale intake: (dd-mm-jjjj)</b>	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

Bevindingen op CT-scan	Ja	Nee
Vrij lucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vrij vocht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dunne darm ileus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maximale diameter coecum:	_ _ , _  cm	
Lengte stenose:	_ _ , _  cm	
Lokale doorgroei (T4 tumor)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primaire locatie obstructieve tumor:		
<input type="checkbox"/> Rectosigmoid	<input type="checkbox"/> Colon descendens	
<input type="checkbox"/> Sigmoid	<input type="checkbox"/> Flexura lienalis	
Aanwijzingen synchrone colontumor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metastasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo JA, specificeer (meerdere antwoorden mogelijk):		
<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Peritoneaal	
<input type="checkbox"/> Long	<input type="checkbox"/> Overig	

Colonoscopie	Ja	Nee
Colonoscopie verricht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo JA, beantwoord onderstaande vragen:		
Datum colonoscopie: (dd-mm-jjjj)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
Primaire locatie obstructieve tumor:		
<input type="checkbox"/> Rectosigmoid	<input type="checkbox"/> Colon descendens	
<input type="checkbox"/> Sigmoid	<input type="checkbox"/> Flexura lienalis	
Scopische afstand van anus tot tumor:	_ _ _  cm	
Obstructie o.b.v. inschatting endoscopist:		
<input type="checkbox"/> Totaal	<input type="checkbox"/> Partieel	
Endoscopisch biopt afgenomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo JA, datum PA-uitslag: (dd-mm-jjjj)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
Maligne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>Neoadjuvante therapie</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<p><b>Is er neoadjuvante radiotherapie gegeven?</b> <span style="float: right;">○ ○</span></p> <p>Zo JA, beantwoord onderstaande vragen:</p> <p>Start datum radiotherapie: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Stop datum radiotherapie: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Schema radiotherapie:</p> <p><input type="checkbox"/> 5 x 5 Gy (totaal 25 Gy) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 25 x 1,8 Gy (totaal 45 Gy)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 25 x 2 Gy (totaal 50 Gy) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</span></p>		
<p><b>Is er neoadjuvante chemotherapie gegeven?</b> <span style="float: right;">○ ○</span></p> <p>Zo JA, beantwoord onderstaande vragen:</p> <p>Start datum chemotherapie: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Stop datum chemotherapie: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Schema chemotherapie:</p> <p><input type="checkbox"/> CAPOX <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> FOLFIRI</span></p> <p><input type="checkbox"/> FOLFOX <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Capecitabine monotherapie</span></p> <p><input type="checkbox"/> 5FU / LV monotherapie <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Triple chemotherapie: fluoropyrimidine, irinotecan en oxaliplatin</span></p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p> <p>Heeft er dosisreductie plaatsgevonden? <span style="float: right;">○ ○</span></p> <p>Indien JA, wat was de reden:</p>		
<p><b>Is er neoadjuvante targeted therapy gegeven?</b> <span style="float: right;">○ ○</span></p> <p>Zo JA, beantwoord onderstaande vragen:</p> <p>Start datum targeted therapy: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Stop datum targeted therapy: (dd-mm-jjjj) <span style="float: right;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ </span></p> <p>Targeted therapy met:</p> <p><input type="checkbox"/> bevacizumab (Avastin) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> aflibercept (Zaltrap)</span></p> <p><input type="checkbox"/> cetuximab (Erbitux) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> regorafenib (Stivarga)</span></p> <p><input type="checkbox"/> panitumumab (Vectibix)</p>		

Vervolg op Pagina 8

# CRF BASELINE STOMA

# CONSTRUCT

**Patiënt ID:** |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|

[www.colonobstructie.nl](http://www.colonobstructie.nl)

*Patiënt ID = afkorting ziekenhuis – nummer van inclusie, bv: AMC-01*

**Datum:** |\_|\_|-|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

*Datum waarop CRF is ingevuld: dd-mm-jjjj*

<b>Neoadjuvante therapie (vervolg)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Vervolg neoadjuvante targeted therapy</b>		
Heeft er dosisreductie plaatsgevonden?	○	○
Indien JA, wat was de reden:		

<b>Decomprimerend stoma</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>
<b>Datum aanleggen decomprimerend stoma: (dd-mm-jjjj)</b>	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<b>Decomprimerend stoma volgens CONSTRUCT protocol (zie algoritme)</b>	○	○
Indien NEE, reden voor afwijken van protocol:		
<b>Behandeling in opzet:</b>		
<input type="checkbox"/> Curatief		<input type="checkbox"/> Palliatief
<b>Stoma aangelegd op:</b>		
<input type="checkbox"/> Distale ileum		<input type="checkbox"/> Colon transversum
<input type="checkbox"/> Colon ascendens		<input type="checkbox"/> Colon descendens
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:		
<b>Type stoma:</b>		
<input type="checkbox"/> Enkelloops		<input type="checkbox"/> Dubbelloops
<b>Decomprimerend transversostoma via lokale procedure?</b>	○	○
<b>Is er een laparotomie of laparoscopie verricht?</b>	○	○
Zo JA, reden:		
<b>Is er een <u>per</u>operatieve complicatie opgetreden?</b>	○	○
ZO JA, VULT U SVP EEN COMPLICATIEFORMULIER IN		