

**Fragebogen: SWISS TECT Registry****Fax 061 436 36 78**

Zutreffendes Ankreuzen bzw einfügen, Jeweils 1 Fragebogen pro behandeltes Bein

Bitte Fragebogen mit ausgefüllten Feldern oberhalb des Doppelseitigen

vor der Intervention faxen, danach die grauen Felder darunter ausfüllen.

Bitte vor der Intervention Einverständniserklärung unterschreiben lassen

**Visit 1:****Datum Intervention:**

Quelle (Kohorte)	
Patienten - Name: Initialen	
Patienten - Geburtsdatum	
Geschlecht: F = weiblich, M = männlich	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Gewicht und Grösse	kg cm
Seitenlokalisation : R = rechts , L = links, 0 = keine Angabe	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Pat, vorgesehen für Therapie, nicht durchgeführtwegen...	
H = Hospitalisation, A =Ambulant	H <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
Anaesthesie T = Tumescenz, S = Spinalan., A = Andere	T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
Laser Wellenlänge in nm	nm
Laser Energie (Fluence) in Joule pro cm	Joule
Applikationsart gepulst = G, kontinuierlich = K	G <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Kathetergrösse	cm
Länge des therapierten Segmentes	cm
Durchmesser therapiertes Gefäss an: Krosse Mitte Oberschenkel (            cm ab Krosse)	cm cm
Diagnose: C 1- 6 VSM Hach I - IV = M I-IV, VSP Hach I-III = P I-III	C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/>
Leitveneninsuffizienz: J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Familien Anamnese mit    T    = Thrombose, N = Nein                    TP    = Thrombophilie 0 = keine Angabe        OTP = Thrombophlebitis ,	T <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OTP <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Persönliche Anamnese mit T    = Thrombose, N = Nein                    TP    = Thrombophilie 0 = keine Angabe        OTP = Thrombophlebitis	T <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OTP <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Andere gleichzeitig durchgeführte Interventionen S    = Sklerotherapie O    = Operation (Krossektomie, Stripping) A    = Andere	S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>

# Folgeuntersuchung

## Fragebogen: SWISS TECT Registry

Fax 061 436 36 78

Zutreffendes Ankreuzen bzw einfügen

Jeweils 1 Fragebogen pro behandeltes Bein

**Visit 2: 1 Woche +/- 2 Tage**

**Datum:**

Quelle (Kohorte)	
Patienten - Name: Initialen , Geburtsdatum, Seite	
Thromboseprophylaxe J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thromboseprophylaxe Substanz und Dosis Fragmin® = F Fraxiparin® = P Clexane® = C	F <input type="checkbox"/> Dosis IE P <input type="checkbox"/> Dosis IE C <input type="checkbox"/> Dosis IE
Thromboseprophylaxe Dauer Tage	Tage
Kompression Verband Dauer Tage	Tage
Kompression Strumpf Tragedauer Oberschenkel Unterschenkel	Oberschenkel Tage Unterschenkel Tage
Kompression Strumpf Klasse Klasse 1 2 3	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsunfähigkeit 100 %	Tage
Analgesie, Einnahme Schmerzmedikamente	Tage
Therapiertes Segment 0 = keine Angaben 1 = offen 2 = partiell okkludiert (wenig Restflow im sonst okkludierten Segment, Ausdehnung in cm) 3 = okkludiert (kein Flow im Color Doppler)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> cm 2 <input type="checkbox"/> cm 3 <input type="checkbox"/> cm
Thromboembolie systematisch gesucht , mit Duplex J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thromboembolieverdacht klinisch (Wellskriterien)	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thrombose nachgewiesen Duplexsonographie Proximal, Distal J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	Proximal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Distal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

# Folgeuntersuchung

## Fragebogen: SWISS TECT Registry

Fax 061 436 36 78

Zutreffendes Ankreuzen bzw einfügen

Jeweils 1 Fragebogen pro behandeltes Bein

**Visit 3: 1 Monat +/- 2 Tage**

**Datum:**

Quelle (Kohorte) Zentrumsnummer	
Patienten - Name: Initialen , Geburtsdatum, Seite	
Thromboseprophylaxe J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thromboseprophylaxe Substanz und Dosis , falls > 1 Woche Fragmin® = F Fraxiparin® = P Clexane® = C	F <input type="checkbox"/> Dosis IE P <input type="checkbox"/> Dosis IE C <input type="checkbox"/> Dosis IE
Thromboseprophylaxe Dauer Tage, falls > 1 Woche	Tage
Kompression Verband Dauer Tage, , falls > 1 Woche	Tage
Kompression Strumpf Tragedauer Oberschenkel Unterschenkel	Oberschenkel Tage Unterschenkel Tage
Kompression Strumpf Klasse Klasse 1 2 3	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsunfähigkeit 100 %	Tage
Analgesie, Einnahme Schmerzmedikamente	Tage
Therapiertes Segment 0 = keine Angaben 1 = offen 2 = partiell okkludiert (wenig Restflow im sonst okkludierten Segment, Ausdehnung in cm) 3 = okkludiert (kein Flow im Colordoppler)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> cm 2 <input type="checkbox"/> cm 3 <input type="checkbox"/> cm
Thromboembolie systematisch gesucht J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thromboembolieverdacht klinisch	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thrombose nachgewiesen Duplexsonographie Proximal, Distal J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	Proximal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Distal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

# Folgeuntersuchung

## Fragebogen: SWISS TECT Registry

Fax 061 436 36 78

Zutreffendes Ankreuzen bzw einfügen

Jeweils 1 Fragebogen pro behandeltes Bein

**Visit 4: 1 Jahr +/- 2 Wochen**

**Datum:**

Quelle (Kohorte) Zentrumsnummer	
Patienten - Name: Initialen , Geburtsdatum, Seite	
Patientenzufriedenheit J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Kompression Strumpf Klasse Klasse 1 2 3	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Kompression Strumpf im letzten Jahr getragen J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe OS = Oberschenkel US = Unterschenkel	OS J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> US J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Therapiertes Segment 0 = keine Angaben 1 = offen 2 = partiell okkludiert (wenig Restflow im sonst okkludierten Segment, Ausdehnung in cm) 3 = okkludiert (kein Flow im Colordoppler)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> cm 2 <input type="checkbox"/> cm 3 <input type="checkbox"/> cm
Thromboembolie systematisch gesucht J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thromboembolieverdacht klinisch	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Thrombose nachgewiesen Duplexsonographie Proximal, Distal J = Ja, N = Nein, 0 = keine Angabe	Proximal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Distal J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>