

Formulier voor complicatieregistratie in de Dermatologie

Datum complicatie :
 Datum ingreep :
 Diagnose :
 Arts :
 Overige zaken :

Type ingreep en / of behandeling *	Type complicatie *	Locatie van de complicatie	Gevolg van de complicatie *
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abrasie / chemische peeling <input type="checkbox"/> Ambulante flebectomie <input type="checkbox"/> Biopt <input type="checkbox"/> Compressief verband <input type="checkbox"/> Cryotherapie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Elektrocauterisatie <input type="checkbox"/> Endoveneuze coagulatie <input type="checkbox"/> Epicutaan allergologisch onderzoek <input type="checkbox"/> Excisie <input type="checkbox"/> Foto dynamische therapie <input type="checkbox"/> Immunotherapie <input type="checkbox"/> Injectie <input type="checkbox"/> Intermitterende pneumatische compressie <input type="checkbox"/> Intracutaan allergologisch onderzoek <input type="checkbox"/> Laserbehandeling <input type="checkbox"/> Lichttherapie: Type: <input type="checkbox"/> Sclerocompressie-therapie <input type="checkbox"/> Systemische medicatie <input type="checkbox"/> Therapeutische elastische kous <input type="checkbox"/> Topicale medicatie <input type="checkbox"/> Andere: 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anafylactische reactie <input type="checkbox"/> Biochemische of hematologische afwijkingen <input type="checkbox"/> Blaarvorming <input type="checkbox"/> Diepe veneuze trombose <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Huidatrofie <input type="checkbox"/> Huidnecrose / ulceratie <input type="checkbox"/> Hyperpigmentatie / hypopigmentatie <input type="checkbox"/> Infectie <input type="checkbox"/> Longembolie <input type="checkbox"/> Nabloeding <input type="checkbox"/> Verbranding <input type="checkbox"/> Wonddehiscentie <input type="checkbox"/> Zenuwletsel <input type="checkbox"/> Andere: 	<p>Omschrijving:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geen gevolg <input type="checkbox"/> MIP melding <input type="checkbox"/> Extra consulten / opname <input type="checkbox"/> Blijvend letsel <input type="checkbox"/> Overlijden <input type="checkbox"/> Andere: