



# Studio multicentrico della Società Italiana di Videochirurgia Infantile (S.I.V.I.)

## *Malformazioni Ano-Rettali*

**Istituto:**

**Peso (Kg):**..... **Data di nascita:** .../.../..... **Sesso:**.....

**Indicazioni**

**all'intervento:**.....  
.....  
.....

**Metodica**

**diagnostica:**.....  
.....  
.....

**Classificazione:**

- alta
- intermedia
- bassa

**Malformazioni**

**associate:**.....

**Colostomia :**

- Si
- No

**Tecnica operatoria:**

**Età all'intervento (mesi/giorni) :**.....

Data intervento: .../.../.....

Durata dell'intervento (min):.....

**Dettagli di tecnica**

**chirurgica:**.....  
.....  
.....

Se la tecnica è laparoscopica o laparo-assistita:

Ottica mm:

Posizione:.....

- q 0°
- q 30°

Trocar operativi n°:

Trocar operativo mm:

Posizione:.....

Trocar operativo mm:

Posizione:.....

Trocar operativo mm:

Posizione:.....

Trocar operativo mm:

Posizione:.....

Altro.....

**Complicanze**

- q Si
- q No

Se SI: *intraoperatorie*.....

Conversione

- q Si
- q No

*precoci*.....

*tardive*.....

Terapia della complicanza: .....

**Follow-up**

- q clinico
- q manometrico
- q radiologico

**Ciclo di dilatazioni:** (breve descrizione dell'eventuale protocollo in uso)

.....

.....

.....

**Follow-up**

**12 mesi:**.....

**Follow-up**

**24 mesi:**.....

**Follow-up**

**36 mesi:**.....

**Follow-up**

**48 mesi:**.....