

### GECKO Mẫu Báo cáo Ca Lâm Sàng (CRF)

Dùng với phụ lục B (Từ điển) để giúp thu thập thông tin

REDCap unique ID
Giai đoạn thu thập thông tin

Phần 1: Thông tin tiền phẫu							
Tuổi	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	ASA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	BMI --	Thang điểm suy yếu lâm sàng	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
Bệnh đồng mắc (Chọn tất cả bệnh đồng mắc nếu có)	<input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim <input type="checkbox"/> Suy tim <input type="checkbox"/> Bệnh lý mạch máu ngoại biên (PVD) <input type="checkbox"/> CVA/TIA <input type="checkbox"/> Sa sút trí tuệ <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Bệnh lý của mô liên kết (CTD) <input type="checkbox"/> Loét dạ dày và tá tràng do dịch vị (PUD) <input type="checkbox"/> Liệt nửa người <input type="checkbox"/> Bạch cầu cấp <input type="checkbox"/> Lymphoma <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Viêm đại tràng			Tiền sử viêm túi mật cấp hoặc viêm đường mật		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/> Tiết thực <input type="checkbox"/> Không dùng Insulin <input type="checkbox"/> Insulin kiểm soát					
	Khối u	<input type="checkbox"/> Khu trú <input type="checkbox"/> Di căn					
	Bệnh gan	<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình đến Nghiêm trọng					
Bệnh thận mạn	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			Số lần nhập viện với triệu chứng đường mật trong 12 tháng trước phẫu thuật		--	
<input type="checkbox"/> Không có các bệnh trên							
Hình ảnh trước phẫu thuật (Chọn tất cả hình ảnh được sử dụng)	Siêu âm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ CT: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ Siêu âm qua nội soi (EUS): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ Chụp xạ hình gan mật (HIDA): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - không có sẵn <input type="checkbox"/> Không - không được chỉ định <input type="checkbox"/> Không - bệnh nhân từ chối <input type="checkbox"/> Không rõ						
Phát hiện trên hình ảnh học	<input type="checkbox"/> Sỏi mật <input type="checkbox"/> Dây thành túi mật <input type="checkbox"/> Tụ dịch quanh túi mật <input type="checkbox"/> Sỏi ống mật chủ <input type="checkbox"/> Giãn ống mật chủ (Đường kính: _ _ . _ mm (1dp))						
Số ngày	Khởi phát triệu chứng đầu tiên và nhập viện: --- Chẩn đoán đến ngày quyết định phẫu thuật: --- Quyết định phẫu thuật đến khi thực hiện phẫu thuật: ---	Phẫu thuật khẩn cấp	<input type="checkbox"/> Chương trình <input type="checkbox"/> Trì hoãn <input type="checkbox"/> Cấp cứu (Bệnh nhân đã được lên lịch mổ chương trình? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không)				
Chỉ định phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Viêm túi mật cấp do sỏi (Thang điểm Tokyo: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III; Có ghi nhận thang điểm Tokyo trong hồ sơ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> Đau quặn mật <input type="checkbox"/> Viêm túi mật không do sỏi <input type="checkbox"/> Viêm túi mật mạn tính <input type="checkbox"/> Sỏi ống mật chủ <input type="checkbox"/> Polyp <input type="checkbox"/> Rối loạn chức năng túi mật <input type="checkbox"/> Viêm tụy do sỏi mật (Tiêu chuẩn Atlanta: <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nặng; Có ghi nhận tiêu chuẩn Atlanta trong hồ sơ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không)						
Phần 2: Thông tin phẫu thuật							
Phương pháp vô cảm (Chọn tất cả phương pháp được sử dụng)	<input type="checkbox"/> Tại chỗ (Đường: <input type="checkbox"/> Dưới da <input type="checkbox"/> Trong phúc mạc) <input type="checkbox"/> Vùng (Đường: Tê tuỷ sống <input type="checkbox"/> Phong bế thần kinh vùng) <input type="checkbox"/> An thần <input type="checkbox"/> Khí gây mê (Loại: <input type="checkbox"/> sevofluran <input type="checkbox"/> halothane <input type="checkbox"/> desflurane <input type="checkbox"/> N2O <input type="checkbox"/> isofluran) <input type="checkbox"/> Gây mê tĩnh mạch toàn phần			Kháng sinh trong phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Có - dự phòng <input type="checkbox"/> Có - thẩm mật trong mổ <input type="checkbox"/> Có - viêm túi mật <input type="checkbox"/> Không		
Phẫu thuật viên chính	<input type="checkbox"/> Trực hội chẩn hoặc trường kíp trực (Chuyên khoa: <input type="checkbox"/> Tổng quát <input type="checkbox"/> Sản phụ khoa <input type="checkbox"/> Gan-Tụy-mật (HPB) <input type="checkbox"/> Đại trực tràng <input type="checkbox"/> Vú <input type="checkbox"/> Mạch máu <input type="checkbox"/> Khác: _____ ) <input type="checkbox"/> Phẫu thuật viên (Lớp: <input type="checkbox"/> Lâu năm <input type="checkbox"/> Mới; Ca thực hành phẫu thuật? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không; Có mặt bác sĩ hội chẩn? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> Không phải phẫu thuật viên						
Phương pháp phẫu thuật	Số lần phẫu thuật cắt túi mật phẫu thuật viên đã thực hiện trước lần này: <input type="checkbox"/> 0-50 <input type="checkbox"/> 51-100 <input type="checkbox"/> 101-200 <input type="checkbox"/> >200 <input type="checkbox"/> Mổ hở (Tại sao? <input type="checkbox"/> Không có dụng cụ nội soi <input type="checkbox"/> Phẫu thuật viên không được đào tạo nội soi ổ bụng <input type="checkbox"/> Dụng cụ phẫu thuật nội soi hỏng <input type="checkbox"/> Tiền sử có phẫu thuật <input type="checkbox"/> Tình trạng bệnh nặng) <input type="checkbox"/> Chuyển mổ hở (Tại sao? <input type="checkbox"/> Quan sát không tối ưu <input type="checkbox"/> Dinh <input type="checkbox"/> Không đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu <input type="checkbox"/> Nghi ngờ tổn thương đường mật <input type="checkbox"/> Không chịu được việc bơm hơi vào ổ bụng <input type="checkbox"/> Chảy máu <input type="checkbox"/> Tổn thương ruột <input type="checkbox"/> Thiết bị hỏng <input type="checkbox"/> Nghi ngờ hoặc thực sự có rò túi mật-tá tràng hoặc túi mật-đại tràng) <input type="checkbox"/> Nội soi (Loại: <input type="checkbox"/> Tiêu chuẩn <input type="checkbox"/> SILS; Không bơm hơi? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không; Tái sử dụng thiết bị: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> Robot (Loại: <input type="checkbox"/> Tiêu chuẩn <input type="checkbox"/> SILS; Không bơm hơi? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không; Tái sử dụng thiết bị: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không)						
Thang điểm độ khó trong phẫu thuật – dành cho kỹ thuật xâm lấn tối thiểu	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Phẫu thuật đạt góc nhìn an toàn thiết yếu – cho kỹ thuật xâm lấn tối thiểu	Nếu như Không, Tiêu chuẩn nào đạt được? (Chọn tất cả câu trả lời phù hợp) <input type="checkbox"/> Bộc lộ tam giác gan mật <input type="checkbox"/> Giải phóng đoạn dưới của giữ ống túi mật <input type="checkbox"/> Chỉ hai cấu trúc là dính với túi mật <input type="checkbox"/> Không có các ý trên			Có khoảng dừng để xác định đạt góc nhìn an toàn thiết yếu	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Phương pháp phẫu thuật được thực hiện	<input type="checkbox"/> Cắt túi mật toàn phần (Loại: <input type="checkbox"/> Tiêu chuẩn <input type="checkbox"/> Bắt đầu từ đáy túi mật) <input type="checkbox"/> Cắt túi mật bán phần (Loại: <input type="checkbox"/> Tái tạo <input type="checkbox"/> Cửa sổ) <input type="checkbox"/> Không thực hiện ( <input type="checkbox"/> Nội soi ổ bụng chẩn đoán <input type="checkbox"/> Dẫn lưu túi mật)			Dẫn lưu ổ bụng	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất thường giải phẫu đường mật	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tiếp cận ống mật chủ trong phẫu thuật (Chọn tất cả câu trả lời phù hợp)	<input type="checkbox"/> Chụp đường mật trong phẫu thuật <input type="checkbox"/> Chụp huỳnh quang đường mật không xâm lấn <input type="checkbox"/> Siêu âm qua phẫu thuật nội soi <input type="checkbox"/> Nội soi mật tụy ngược dòng trong mổ Quyết định: <input type="checkbox"/> Tuỳ trường hợp <input type="checkbox"/> Thường quy, Nếu là Tuỳ trường hợp, nêu chỉ định: <input type="checkbox"/> Xét nghiệm chức năng gan tăng <input type="checkbox"/> Nghi ngờ có tổn thương một trong các ống mật <input type="checkbox"/> Hình ảnh học trước mổ gợi ý có sỏi ống mật chủ Kết quả: <input type="checkbox"/> Có sỏi <input type="checkbox"/> Không có sỏi Nếu Có sỏi, phương pháp can thiệp: <input type="checkbox"/> Bơm rửa với nước muối sinh lý và tiêm thuốc giãn cơ trơn <input type="checkbox"/> Rút bằng thông Fogarty <input type="checkbox"/> Gấp sỏi bằng rọ <input type="checkbox"/> Soi đường mật <input type="checkbox"/> Không dùng bất kỳ phương pháp nào						
Thăm sát ống mật chủ	<input type="checkbox"/> Có (Loại: <input type="checkbox"/> Xuyên gan <input type="checkbox"/> Soi đường mật; Nếu soi đường mật, chọn cách khâu lỗ vào: <input type="checkbox"/> Khâu kín <input type="checkbox"/> Dẫn lưu ống chữ T (dẫn lưu Kehr) <input type="checkbox"/> Không			Tình trạng sạch – nhiễm trong mổ	<input type="checkbox"/> Sạch <input type="checkbox"/> Sạch – Nhiễm <input type="checkbox"/> Nhiễm <input type="checkbox"/> Bán		
Biến chứng chu phẫu – trừ tổn thương đường mật (xem phần 4)	<input type="checkbox"/> Chảy mật <input type="checkbox"/> Rơi sỏi <input type="checkbox"/> Chảy máu <input type="checkbox"/> Tổn thương mạch máu lớn <input type="checkbox"/> Tổn thương đường ruột		Tái sử dụng áo phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Có ( <input type="checkbox"/> Tất cả nhân viên y tế <input type="checkbox"/> Một số nhân viên y tế) <input type="checkbox"/> Không		Tái sử dụng sáng phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Phần 3: Kết quả sau 30 ngày							
Thang điểm Clavien-Dindo cao nhất trong 30 ngày	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa (Dẫn lưu dưới hướng dẫn hình ảnh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> IIIb (Tái mổ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V (Ngày tử vong sau mổ: _ _ )		Nhập khoa hồi sức tích cực ngoài dự kiến	<input type="checkbox"/> Có (Thời gian ở lại: _ _ ) <input type="checkbox"/> Không	Sử dụng hình ảnh học lại ngoài dự kiến	<input type="checkbox"/> Có (Loại: <input type="checkbox"/> siêu âm <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> ERCP) <input type="checkbox"/> Không	
Biến chứng sau mổ 30 ngày (Chọn tất cả biến chứng)	<input type="checkbox"/> Nhiễm trùng vết mổ (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Biến chứng hô hấp sau mổ (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Rò mật (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Chảy máu (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Nhiễm trùng trong ổ bụng (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Viêm tụy cấp (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V)						

Thời gian nằm viện	__ ngày	Tái nhập viện trong vòng 30 ngày ngoài dự kiến	<input type="checkbox"/> Có (Số ngày nằm viện: __) <input type="checkbox"/> Không
--------------------	---------	--	--

**Phần 4: Thông tin tổn thương đường mật (BDI)**

<b>Tổn thương đường mật được xác định trong vòng 30 ngày từ ca phẫu thuật</b>	<input type="checkbox"/> Có (nếu như Có, Xin vui lòng điền vào thông tin bên dưới)		
<b>Phát hiện tổn thương</b>	<input type="checkbox"/> Không ( <b>Tổn thương đường mật có được tìm thấy trong vòng 1 năm sau phẫu thuật:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (nếu Có, Xin vui lòng điền vào thông tin bên dưới)	<b>Số ngày từ ngày phẫu thuật đến ngày chẩn đoán (0 = ngay trong mổ)</b>	--
<b>Phân độ tổn thương đường mật (Strasberg)</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> E3 <input type="checkbox"/> E4 <input type="checkbox"/> E5	<b>Tổn thương mạch máu đồng thời</b>	<input type="checkbox"/> Có ( <input type="checkbox"/> Động mạch gan phải <input type="checkbox"/> Động mạch gan chung <input type="checkbox"/> Tĩnh mạch cửa nhánh chính <input type="checkbox"/> Tĩnh mạch cửa nhánh phải <input type="checkbox"/> Không
<b>Phương thức hình ảnh học để khảo sát và xác định tổn thương đường mật</b>	<input type="checkbox"/> Chụp đường mật ngay trong mổ (OTC) <input type="checkbox"/> Siêu âm <input type="checkbox"/> Cộng hưởng từ đường mật <input type="checkbox"/> Cắt lớp vi tính <input type="checkbox"/> Nội soi mật tụy ngược dòng <input type="checkbox"/> Chụp đường mật xuyên gan qua da (PTC) <input type="checkbox"/> Y học hạt nhân <input type="checkbox"/> Chụp hình qua ống thông <input type="checkbox"/> Không	<b>Hội chẩn với trung tâm chuyên khoa Gan Mật Tụy (HPB)</b>	<input type="checkbox"/> Có (Ngày từ khi tổn thương đến lúc chuyển: __; Chuyển? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> Không
<b>Xử trí tổn thương đường mật (Chọn tất cả các phương án)</b>	<input type="checkbox"/> Chỉ làm nội soi mật tụy ngược dòng ( <b>Số ngày sau phẫu thuật cắt túi mật: __</b> ) <input type="checkbox"/> Nội soi mật tụy ngược dòng và đặt stent ( <b>Số ngày sau phẫu thuật cắt túi mật: __</b> ) <input type="checkbox"/> Chụp đường mật xuyên gan qua da ( <b>Số ngày sau phẫu thuật cắt túi mật: __</b> ) <input type="checkbox"/> Hút rửa ( <b>Số ngày sau phẫu thuật cắt túi mật: __</b> ) <input type="checkbox"/> Phẫu thuật sửa chữa ( <b>Số ngày sau phẫu thuật cắt túi mật: __</b> )		
<b>Chuyên khoa của phẫu thuật viên sửa chữa tổn thương đường mật</b>	<input type="checkbox"/> Ngoại Gan-mật-tụy <input type="checkbox"/> Ngoại Tiêu hoá trên <input type="checkbox"/> Ngoại tổng quát	<b>Phương pháp sửa chữa</b>	<input type="checkbox"/> Nối ống gan – hồng tràng Roux-en-Y <input type="checkbox"/> Tái tạo ống mật chủ không dùng ống chữ T <input type="checkbox"/> Tái tạo ống mật chủ có dùng ống chữ T <input type="checkbox"/> Nối tận – tận ống mật chủ <input type="checkbox"/> Nối mật – ruột, nối vị - tràng
<b>Biến chứng sau một năm (Chọn tất cả các biến chứng nếu có)</b>	<input type="checkbox"/> Hình thành chỗ hẹp ( <b>Số ngày từ khi sửa chữa đến biến chứng: __</b> ) <input type="checkbox"/> Viêm đường mật ( <b>Số ngày từ khi sửa chữa đến biến chứng: __</b> ) <input type="checkbox"/> Rò miệng nối ( <b>Số ngày từ khi sửa chữa đến biến chứng: __</b> ) <input type="checkbox"/> Áp xe trong ổ bụng hoặc ổ tụ dịch mật ( <b>Số ngày từ khi sửa chữa đến biến chứng: __</b> ) <input type="checkbox"/> Sửa chữa lại ( <b>Số ngày từ khi sửa chữa đến biến chứng: __</b> )		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu phẫu thuật sửa chữa BDI

**Phần 5: Thông tin về mô bệnh học**

<b>Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật</b>	<input type="checkbox"/> Không gửi mẫu kiểm tra <input type="checkbox"/> Gửi mẫu xét nghiệm ( <b>Chỉ định:</b> <input type="checkbox"/> Thường quy <input type="checkbox"/> Có chọn lọc; <b>Thời gian từ phẫu thuật cắt túi mật đến ngày có kết quả giải phẫu bệnh: __;</b> <input type="checkbox"/> <b>Kết quả:</b> <input type="checkbox"/> Lãnh tính <input type="checkbox"/> Ấc tính (nếu như ác tính, Xin vui lòng điền vào thông tin dưới đây)		
<b>Đánh giá giai đoạn sau cắt túi mật</b>	<input type="checkbox"/> CT ngực bụng chậu ( <b>Số ngày từ khi có kết quả giải phẫu bệnh đến giai đoạn hiện tại: __</b> ) <input type="checkbox"/> MRI gan ( <b>Số ngày từ khi có kết quả giải phẫu bệnh đến giai đoạn hiện tại: __</b> ) <input type="checkbox"/> PET-CT ( <b>Số ngày từ khi có kết quả giải phẫu bệnh đến giai đoạn hiện tại: __</b> ) <input type="checkbox"/> Nội soi ổ bụng đánh giá giai đoạn ( <b>Số ngày từ kết quả giải phẫu bệnh đến khi đánh giá giai đoạn: __</b> )		
<b>Phân loại theo TNM (Phiên bản AJCC 8<sup>th</sup>)</b>	<b>Phân độ T:</b> <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1a (Niêm mạc-dưới niêm) <input type="checkbox"/> T1b (lớp cơ) <input type="checkbox"/> T2a (mặt phúc mạc) <input type="checkbox"/> T2b (mặt gan) <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <b>Phân độ N:</b> <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 (1-3 hạch) <input type="checkbox"/> N2 (>3 hạch) <b>Phân độ M:</b> <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1		
<b>Hội chẩn đa mô thức</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Điều trị tân hỗ trợ</b>	<input type="checkbox"/> Hóa trị <input type="checkbox"/> Xạ trị <input type="checkbox"/> Không có

<b>Phẫu thuật mở rộng</b>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không- không cần thiết <input type="checkbox"/> Không - khối u không thể cắt bỏ		
<b>Phương pháp phẫu thuật mở rộng (Chọn tất cả các phương pháp được dùng)</b>	<input type="checkbox"/> Cắt gan (Phạm vi: <input type="checkbox"/> Giường gan <input type="checkbox"/> 1 phân thùy <input type="checkbox"/> 2 phân thùy <input type="checkbox"/> ≥ 3 phân thùy) <input type="checkbox"/> Cắt giảm ống mật <input type="checkbox"/> Nạo hạch	<b>Số ngày từ khi có kết quả giải phẫu bệnh đến phẫu thuật mở rộng</b>	-
<b>Kết quả giải phẫu bệnh</b>	<b>Tình trạng bờ cắt:</b> <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <b>Xâm lấn mạch máu và hạch bạch huyết:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Xâm lấn quanh thần kinh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
<b>Tái phát trên hình ảnh học trong 1 năm</b>	<input type="checkbox"/> Có ( <b>Số ngày từ khi phẫu thuật đến khi phát hiện tái phát: __</b> ) <input type="checkbox"/> Không		

Nếu phẫu thuật mở rộng

**Phần 6: Kết quả sau một năm**

<b>Phân loại Clavien-Dindo (CD) cao nhất trong 1 năm</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa (Dẫn lưu dưới hướng dẫn hình ảnh học? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> IIIb (Phẫu thuật lại? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không) <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V (Ngày tử vong sau phẫu thuật: __)	<b>Tổng số lần tái nhập viện</b>	--
<b>Biến chứng sau một năm (Chọn tất cả các biến chứng nếu có)</b>	<input type="checkbox"/> Nhiễm trùng vết mổ (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Biến chứng hô hấp sau mổ (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Rò mật (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Hẹp đường mật (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Chảy máu (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Tụ dịch ổ bụng (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V) <input type="checkbox"/> Viêm tụy cấp (Điểm CD: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IVa <input type="checkbox"/> IVb <input type="checkbox"/> V)		