

**Uppföljning 5 år – rapporteras in 59-70 månader efter diagnos**

Sjukhus, klinik .....	Personnummer Namn <i>Insändes till:</i> Regionalt cancercentrum
Läkare .....	

**Primära diagnosuppgifter**

- Patienten är inte uppföld  
 Patienten är inte uppföld vid vår klinik      Uppföld vid annan enhet.....

Uppföljningsdatum.....År-mån-dag

(besök/telefon/journalgenomgång enl riktlinjer i manualen)

- Patienten aldrig tumörfri

Avliden       Nej     Ja, datum .....**Cancerrecidiv****Cancerrecidiv**     Nej     Ja

(Lokalrecidiv / fjärrmetastaser hos tidigare kurativt opererade inkl metastaskirurgi)

<b>Lokalrecidiv</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (tumörecidiv i samma område som primärtumören)	Histopatologiskt verifierat <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Fjärrmetastas</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum för första lokalrecidiv.....År-mån-dag	
<b>Lokalisation</b>	<b>Histopatologiskt verifierad</b>	<b>Datum för upptäckt (År-mån-dag)</b>
<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lunga	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Ovarium	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar paraaortalt/centralt buk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar ljumske/nedre extremitet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar supraklav/övre extremitet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar intrathorakalt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Skelett	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Binjure	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
<input type="checkbox"/> Annat läge	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	.....
Annat, specificera .....		

**Bedömning****Bedömd på MDT-konferens**     Nej     Ja, datum .....År-mån-dagBedömd av     Kirurg     Onkolog     Patolog     Radiolog     Sjuksköterska**Beslut handläggning**     Palliativ     Kurativ     Ny bedömning planeras**Stomi**Har patienten stomi?     Nej     Ja**Sena postoperativa komplikationer efter primäroperation (> 30 dagar postoperativt)**

<b>Postoperativ komplikation</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, enl nedan <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<b>Reoperation</b>
Insufficiensfraktur i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Ileus - subileus	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Anastomoskomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Abscess i buk/bäcken	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Stomikomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Ärrbråck	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Anal inkontinens	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Miktionsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Sexuella komplikationer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Annan komplikation	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad?.....	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

**Fortsatt handläggning**Är patienten nu till synes tumörfri?     Nej     Ja     Oklart, utredning pågår     Oklart, ingen utredningFortsatta kontroller       Nej     Ja, sjukhus/klinik .....Remitterad för onkologisk behandl     Nej     Ja, sjukhus/klinik .....