Nationella kvalitetsregistret för tumör i pankreas och periampullära området A

Anmälan 2019

Fyll i i samband med behandlingsbeslut. Remitteras patienten för bedömning på MDK ansvarar denna enhet för att formuläret fylls i. *Formuläret insändes till Regionalt Cancercentrum*

Sjukhus, klinik	**Personnr** .....
Läkare	**Namn** .....
Datum för inrapportering (ÅÅ-MM-DD):	

Remitteringsuppgifter

Har patient remitterats från annan vårdenhet: ☐ Ja, ange vårdenhet sjh /klinik ..... ☐ Nej

Datum då remiss registrerades (ÅÅ-MM-DD): .....

Datum då remiss utfärdats [1] (ÅÅ-MM-DD): .....

Tumör

Tumörtyp ☐ Solid ☐ Cystisk ☐ Ej bedömd

Tumörens lokalisation ☐ Duodenum ☐ Distal gallgång ☐ Ampulla Vateri
☐ Caput (fr hö till vä rand v mes sup) ☐ Corpus (fr vä rand v med sup till vä rand aorta)
☐ Cauda (fr vä rand aorta till mjälten) ☐ Huvudgångs IPMN (hela körteln engagerad)
☐ Ductus ☐ Pankreas UNS (vid multipla lokalisationer)

Utbredning

Överväxt på annat organ ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej bedömd

Fjärrmetastaser ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej bedömd

Lokaliserad tumör med
☐ Resektabel (se NCCN guidelines 2019)
☐ Borderline (se NCCN guidelines 2019)
☐ LAPC (se NCCN guidelines 2019)
☐ Metastaserad
☐ Ej bedömd

Patient

Tål patienten pankreaskirurgi? Ja ☐ Nej ☐ Patient vill ej operera sig ☐ Ej bedömd

Diagnos och behandlingsbeslut

Har behandlingsbeslut tagits på MDK? ☐ Ja ☐ Nej

På vilken typ av MDK togs behandlingsbeslut? ☐ Lokal/regional MDK ☐ Nationell MDK

Datum för definitiv behandlingsrekommendation [2] (ÅÅ-MM-DD): .....

Definitivt behandlingsbeslut
☐ Icke kurativ syftande behandling (enbart alt 1 fylls i på nästa sida)
☐ Kurativt syftande behandling (alt 2 fylls i på nästa sida)

[1] Datum då remiss utfärdats till specialistklinik, alternativt då patienten sökte själv vid din enhet
[2] Datum då rekommendationen/ beslutet togs

Se även nästa sida.

Klinisk anmälan (gäller som canceranmälan till cancerregistret

Datum för diagnos/ imaging [3] (ÅÅ-MM-DD): .....

Vävnadsprov taget, ej klart ☐

Diagnosgrund ☐ Imaging ☐ Histopatologi ☐ Cytologi

Tumörens primärlokalisaion .....

Morfologisk diagnos i klartext .....

Patologavdelning .....

Preparatnummer ..... **Preparatår** .....

Diagnosgrund ☐ Klinisk ☐ Röntgen, MR, CT ☐ Histopatologisk ☐ Cytologisk

TNM 8

T-klassifikation ☐ T0 ☐ T1 ☐ T1a ☐ T1b ☐ T1c ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐ TX ☐ Tis

N-klassifikation ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ NX

M-klassifikation ☐ M0 ☐ M1

Alt 1. Icke kurativt syftande behandling (fylls enbart i vid palliation)

Planerad icke kurativt syftande behandling (fylls enbart i vid palliation)

☐ Tumörspecifik palliativ behandling (kemo, radio, ire, rf, immunterapi mm) ☐ Best supportive care

Behandlande sjukhus/klinik (palliativ behandling) om annan än inrapporerande

Sjukhus ..... Klinik .....

Patienten behandlas på den inrapporterade kliniken ☐

Datum för åtgärdsbesked till patienten (ÅÅ-MM-DD): .....

Alt 2. Kurativt syftande behandling

Planerad kurativt syftande behandling ☐ Primär kirurgi

☐ Preoperativ tumörspecifik behandling (kemo,radio,ire,rf,immunterapi mm)

Behandlande sjukhus/klinik om annan än inrapporerande

Sjukhus ..... Klinik .....

Patienten behandlas på den inrapporterade kliniken ☐

Datum för diagnos/ imaging[4] (ÅÅ-MM-DD): .....

Kontaktsjuksköterska

Har patienten erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska?

☐ Ja ☐ Nej

Studier

Har patienten tillfrågats/ kommer att tillfrågas om deltagande i strukturerad behandlingsstudie?

☐ Ja ☐ Nej

[3] Första datum då diagnosen fastställdes kliniskt o/e genom morfologisk undersökning
[4] Datum för första kända undersökning som ingav misstanke på tumör i pankreas eller periampullära området.