

SweLiv- Anm. inkl. 1a MDK**Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång**

<i>Gäller även som klinisk canceranmälan. Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.</i>	
Inrapporterande sjukhus/klinik	
Inrapporterande läkare	
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) 2 0 _ _ _ _ _ _	
Datum för ankomst av remiss (20ÅÅMMDD) 2 0 _ _ _ _ _ _	
<i>Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn</i>	

VÅRDKONTAKT

Datum för skälig misstanke/debut 2 | 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Initiering av utredning (av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallvägar)

- Remiss
 Behandlad/kontrollerad på rapporterende enhet
 Sökt själv till rapporterende enhet

Datum remiss/patient (ankomst till rapporterende enhet) 2 | 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Remitterande enhet (sjukhus och klinik eller annan enhet)
_____**DIAGNOS och ICD10-kod – GALLBLÅSA OCH EXTRAHEPATISK GALLGÅNG**

Ange en diagnos

- Gallblåsecancer, primär
 Gallblåsecancer, metastas
 Cancer i perihilär gallgång
 Cancer i ductus cysticus (gallblåsegången)
 Cancer i gallgång med övergripande växt alt ospecificerad lokal
 Metastas i extrahepatisk gallgång
 Ca in situ, gallblåsa
 Ca in situ, extrahepatiska gallgångar
 Tumör i gallblåsa, oklart om benign eller malign
 Annan

Mucinös cystisk tumör (MCN) med invasivt karcinom
Intraduktal papilär (IPN) tumör med invasivt karcinom
Papilär neoplasi
Odifferentierat karcinom i lever och intrahepatiska gallvägar
Primär malign tumör i distal gallgång

DEBUT	
Upptäckt av tumör	
<input type="checkbox"/> Klinik	
<input type="checkbox"/> Surveillance	
<input type="checkbox"/> Radiologiskt, en passant	
<input type="checkbox"/> Operativt, en passant	Vid operativ upptäckt, en passant,
	Ange åtgärdskod (opkod) _____
	Ange ingreppsdatum 2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
Finns bekräftande cytologi eller biopsi	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja, cytologi/biopsi	
<input type="checkbox"/> Ja, operationspreparat efter en passant operation	
	Om ja, ange datum för biopsi/cytologi preparat 2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
	Analyserande patologenhet _____
	Ange preparatnummer _____
	Ange preparatår 2 0 _ _
	Ange histomorfologisk diagnos _____
UNDERLIGGANDE SJUKDOM	
Cirros	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Oklart	
Associerad lever-/gallvägssjukdom	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
Vid ja, ange	
Alkoholsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Autoimmun hepatit	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hemokromatos	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hepatit B	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hepatit C	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Koledochuscysta	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kryptogen cirros	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Maljunction mellan pancreas och gallgång	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Non-alcoholic steatohepatitis (NAFLD/NASH)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Porfyri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Primär skleroserande kolangit	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Primär biliär kolangit	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Diabetes	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
BESLUT	
Behandlingskonferens	<input type="checkbox"/> Regional MDK <input type="checkbox"/> Lokal MDK <input type="checkbox"/> Transplantations-MDK <input type="checkbox"/> Nationell MDK <input type="checkbox"/> Beslut utan MDK
Datum för MDK, beslut eller re-staging	2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
Orsak till MDK/beslut	
<input type="checkbox"/> Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar	
<input type="checkbox"/> Evaluering	
<input type="checkbox"/> Återfall efter uppnådd tumörfrihet	
Vid behandlingsevaluering ange respons	
<input type="checkbox"/> Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling	
<input type="checkbox"/> Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling	
<input type="checkbox"/> Respons	
<input type="checkbox"/> Stabil tumörsjukdom	
<input type="checkbox"/> Progress	
<input type="checkbox"/> Kan ej evalueras	
Vid progress, ange typ av progress	
<input type="checkbox"/> Ökat antal	
<input type="checkbox"/> Storlekstillväxt	
<input type="checkbox"/> Progress utanför lever/gallvägar	
Ange enhet för kommande behandling/uppföljning om annan än den egna (sjukhus/klinik)	

PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION	
Planeras behandling i lever/gallblåsa/gallgång	
<input type="checkbox"/> Nej, ange orsak	
<input type="checkbox"/> Funktionsstatus/comorbiditet	
<input type="checkbox"/> Lever/gallsjukdom	
<input type="checkbox"/> Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/indikation saknas	
<input type="checkbox"/> Progress	
<input type="checkbox"/> Tumörbiologiskt ogynnsamt	
<input type="checkbox"/> Tumör radikalt behandlad	
<input type="checkbox"/> Missbruk	
<input type="checkbox"/> Patientens eget val	
<input type="checkbox"/> Ja, ange behandling samt intention nedan	
Resektionskirurgi	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Kurativ men kräver fler ingrepp <input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande

Ablativ behandling	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Kurativ men kräver fler ingrepp <input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande
Transplantation	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Kurativ men kräver fler ingrepp <input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande
Kemoembolisering (TACE)	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange när/varför	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Downstaging <input type="checkbox"/> Palliativ <input type="checkbox"/> Postoperativt
Systemisk antitumoral behandling	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange när/varför	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Downstaging <input type="checkbox"/> Palliativ <input type="checkbox"/> Postoperativt
Strålbehandling	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange när/varför	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Downstaging <input type="checkbox"/> Palliativ <input type="checkbox"/> Postoperativt
Annan antitumoral behandling	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja, primär tumör (gäller metastas)	
<input type="checkbox"/> Ja, annan lokal	
FUNKTIONSSTATUS	
Funktionsstatus (performance enligt WHO), ange grad	
<input type="checkbox"/> 0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning	
<input type="checkbox"/> 1 = Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.	
<input type="checkbox"/> 2 = Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar	
<input type="checkbox"/> 3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar	
<input type="checkbox"/> 4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.	
<input type="checkbox"/> 5 = Död	
<input type="checkbox"/> 6 = Ej känt	

LABORATORIEVÄRDEN	
α-fetoprotein _____	Ej känt
CA 19-9 _____	Ej känt
CEA _____	Ej känt
Bilirubin (µmol/l) _____	Ej känt
PK (INR) _____	Ej känt/ ej bedömbart pga Waran-beh
Albumin (g/l) _____	Ej känt
Kreatinin (µmol/l) _____	Ej känt/ej bedömbart pga dialys
CRP _____	Ej känt
TUMÖRUTBREDNING	
Vilka radiologiska undersökningar har genomförts som underlag till beslut	
MR-lever	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
CT-buk/lever	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
PET	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Radiologiskt påvisad tumör, ange antal	
<input type="checkbox"/> 0	
<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> Ej känt/ej bedömbart	
Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt 2 0 _____	
Ange diameter (mm): _____	
Förträngning av gallgång, ange strikturens längd (gäller gallgångscancer): _____ <input type="checkbox"/> Ej känd	
Utbredning extrahepatiska gallvägar (gäller vid cancer i extrahepatisk gallgång)	
<input type="checkbox"/>	Bismuth I, nedanför bifurkationen
<input type="checkbox"/>	Bismuth II, inbegriper bifurkationen
<input type="checkbox"/>	Bismuth IIIa, inbegriper första delningsstället på höger sida
<input type="checkbox"/>	Bismuth IIIb, inbegriper första delningsstället på vänster sida
<input type="checkbox"/>	Bismuth IV, inbegriper första delningsstället på båda sidorna
<input type="checkbox"/>	Lokalisation i gallvägarna kan inte beskrivas utifrån Bismuth
<input type="checkbox"/>	PAD/cytologi utan känd lokalisation i gallvägarna
<input type="checkbox"/>	Extrahepatiska gallvägar avlägsnade
Utbredning i gallblåsa (ange ett alternativ) (gäller enbart C239,D376 gallblåsa)	
<input type="checkbox"/>	Peritonealsidan enbart av gallblåsa
<input type="checkbox"/>	Leversida
<input type="checkbox"/>	Ductus cysticus (ny kod ICD 11 2C14)
<input type="checkbox"/>	Polyp
Ange storlek i mm:	
<input type="checkbox"/>	Cholecystektomi genomförd
<input type="checkbox"/>	Ingen synlig tumör i gallblåsa
<input type="checkbox"/>	Kan ej anges

Finns lokal tumörövertväxt (körtlar avses ej)

Nej Ja

Om ja, ange lokal för misstänkt övertväxt

- Lever
- Diafragma
- Hilarplatta
- Arteria hepatica
- Vena porta
- Vena cava
- Peritoneum/bukvägg
- Tarm/ventrikel
- Pancreas
- Övertväxt mot flera lokaler

LYMFKÖRTELMETASTASER

Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer

Nej
 Ja
 Ej bedömt

Metastasmisstänkta generella lymfkörtelstationer

Nej
 Ja
 Ej bedömt

ÖVRIG METASTASERING

Övrig metastasering

Nej
 Ja, metastas finns

Om ja, ange lokal för metastas

- Lunga
- Lever
- Binjure
- Peritoneum
- Skelett
- Mjukdelar/hud
- Recidiv av primärtumör
- Annan

Ja, metastas tidigare men är behandlad och nu ej påvisbar

KLINISKT TNM-STADIUM

Ange T (TNM8) _____

Ange N (TNM8) _____

Ange M (TNM8) _____