Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer
Ovarial-, tubar-, peritonealcancer och cancer abdominis (inkl borderlinetumörer)

Blankett 1 – **Anmälan**, skickas till Regionalt Cancer Centrum (RCC)
Fylls i av primärt anmälande och gynonkologisk enhet

Personnr:
Namn:

1

INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik

Inrapportör

Inrapporterande sjukhus samma som patientens hemsjukhus
❑ Nej (ange hemsjukhus) ❑ Ja

Ansvarig läkare

Datum för ifyllande

|2|0|__|__||__|__||__|__|

Diagnosdatum (Provtagningsdatum för första PAD/cytologi som verifierar malignitetsdiagnos. I ö se registermanual)

|2|0|__|__||__|__||__|__|

Tumörens lokalisation (anges i klartext så specificerat som möjligt)

ICD-10-kod
❑ D27* Benign anmälningspliktig tumör i ovariet
❑ D39.1 Borderlinetumör i äggstock
❑ C56 Malign tumör i äggstock (inkl. t ex sarcom)
❑ D07.3* Cancer in situ i äggledare
❑ C57.0 Malign tumör i äggledare
❑ C48.1 Peritonealmalignitet, specificerad lokalisation
❑ C48.2 Peritonealmalignitet, ej spec lokalisation
❑ C76.2 Malign tumör i buken
❑ C76.3 Malign tumör i bäckenet

*inkluderas inte i kvalitetsregistret

FIGO stadium (Fr. o. m. 2014-01-01 är stadieindelningen gemensam för ovarial-, tubar- och peritonealcancer. För cancer abdominis och pelvis anpassas om möjligt samma stadieindelning, där t. ex. substadium kanske ej kan anges. I fall av osäkerhet väljer man lägre stadium. Ange stadium enl följande ex: IC1 (om stadium eller substadium ej kan anges – ange X, 1CX, IX)

|__|__|__|__|

För pariga organ eller kroppsdelar ange sida
❑ Ej tillämpligt ❑ Höger ❑ Vänster ❑ Bilateralt

Diagnosgrund
❑ Klinisk undersökning
❑ Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR, CT (eller motsv undersökning)
❑ Provexcision eller op m histopatol undersökn
❑ Obduktion med histopatologisk undersökning
❑ Cytologisk undersökning
❑ Operation utan histopatologisk undersökning
❑ Obduktion utan histopatologisk undersökning
❑ Annan laboratorieundersökning

Morfologi huvudtyp
❑ Epitelial tumör (specificeras nedan) ❑ Icke-epitelial tumör (anges i klartext under "Morfologisk diagnos")

Morfologi vid epitelial tumör
❑ Seröst adenocarcinom
❑ Serös borderlinetumör
❑ Mucinöst adenokarcinom
❑ Mucinös borderlinetumör
❑ Endometrioidt adenokarcinom
❑ Endometrioid borderlinetumör
❑ Klarcelligt adenokarcinom
❑ Klarcellig borderlinetumör
❑ Adenocarcinom NUD
❑ Anaplastiskt (odifferentierat) karcinom
❑ Adenokarcinom blandad celltyp spec. nedan
❑ Carcinosarcom
❑ Annan epitelial morfologi spec. nedan

Morfologisk diagnos (i klartext)

Diagnostiserande patologi- eller cytologiavdelning eller annan avdelning

Preparatnummer inkl år (ange det första PAD/CYT som ligger till grund för diagnosen)

Morfologi bedömd av subspecialiserad gynpatolog=referenspatolog (eftergranskat)
❑ Primärgranskare=referenspatolog ❑ Nej ❑ Ja, ange pat/cyt-lab ❑ Ja, pat/cyt-lab okänt ❑ Okänt

Patologi- eller cytologiavdelning för eftergranskat preparat

Remiss till gynonkologisk enhet
❑ Nej ❑ Ja, specificera:

Var planeras operation utföras/var har den utförts
❑ Anmälande klinik ❑ Planeras ej ❑ Vet ej ❑ Annan enhet, specificera:

Remiss till annan sjukvårdsinrättning/motsv.
❑ Nej ❑ Ja, specificera:

Underskrift