Nationellt kvalitetsregister för kolorektal cancer (adenocarcinom)

Recidiv anmälan – kan rapporteras in när som helst

Sjukhus, klinik.....	Personnummer Namn
Läkare	*Insändes till*: Regionalt cancercentrum
☐ Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett	

Cancerrecidiv

Cancerrecidiv ☐ Nej ☐ Ja
(Lokalrecidiv / fjärrmetastaser hos tidigare kurativt opererade inkl metastaskirurgi)

Lokalrecidiv ☐ Nej ☐ Ja
(tumörrecidiv i samma område som primärtumören)

Histopatologiskt verifierat ☐ Nej ☐ Ja

Datum för första lokalrecidiv..... År-mån-dag

Fjärrmetastas ☐ Nej ☐ Ja

Lokalisation	**Histopatologiskt verifierad**	**Datum för upptäckt (År-mån-dag)**
☐ Lever	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lunga	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Peritoneum	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Ovarium	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lymfkörtlar paraaortalt/centralt buk	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lymfkörtlar ljumske/nedre extremitet	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lymfkörtlar supraklav/övre extremitet	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lymfkörtlar intrathorakalt	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Lymfkörtlar i bäckenet	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Skelett	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Binjure	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ CNS	☐ Nej ☐ Ja	.....
☐ Annat läge	☐ Nej ☐ Ja	.....

Annat, specificera .....

Bedömning

Bedömd på MDT-konferens ☐ Nej ☐ Ja, datum ..... År-mån-dag

Beslut handläggning ☐ Palliativ ☐ Kurativ ☐ Ny bedömning planeras