Undersökande läkare: _____

Patient: _____

Sjukhus: _____ Klinik: _____ Pers nr: _____

STUDIE

Startdatum - Slutdatum _____

Namn på studie _____

KONTAKT (ECOG ska fyllas i vid besök)

Kontaktdatum

Namn på vårdgivare

Yrkesroll ☐Läkare ☐Sjuksköterska ☐Administratör / övrigt

ECOG Performance Status ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

Stadium

Sjukdomsstadium ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐A ☐B ☐C ☐D

T-stadium:_____

N-stadium:_____

M-stadium:_____

Har patienten sedan senaste besöket anslutits till palliativt team ☐Nej ☐Ja

Sammantagen bedömning (den totala bedömningen som baseras på den radiologiska och kliniska bedömningen)

☐RF ☐FM ☐KR ☐PR ☐SS ☐PS ☐LR1 ☐EK ☐AB ☐RD

LABPROV (I samband med start av systemisk behandling i ny linje, men är inte obligatoriskt)

Datum	LD

BILDDIAGNOSTIK

Datum för undersökning

Modalitet/Metod ☐CT ☐MR ☐ PET-CT ☐ ULTRALJUD ☐ SKELETTSCINTIGRAFI

Sammanvägd radiologisk bedömning

☐RF ☐FM ☐KR ☐PR ☐SS ☐PS ☐LR1 ☐EK ☐AB ☐RD

LÄKEMEDEL (om oförändrad läkemedelsbehandling sedan föregående registrering behöver nedan inte fyllas i)

Startdatum_____

Behandlingsintention ☐Kurativ ☐ *Nedoadjuvant* ☐ *adjuvant* ☐Palliativ

ECOG-(WHO) (ska fyllas i vid start av ny linje av läkemedelsbehandling)

☐ 0. Klarar all normal aktivitet utan begränsning

☐ 1. Klarar inte fysisk krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete

☐ 2. Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse i mer n 50% av dygnets vakna timmar.

☐ 3. Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar.

☐ 4. Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.

Ange regim _____ ☐Ges inom ramen för studie

Ange läkemedel _____ ☐Ges inom ramen för studie

Ange studieläkemedel/placebo _____

Utsättning

Stoppdatum _____ (För avslutad regim är det sista dagen på kuren som gäller)

Stopporsak ☐Enligt plan ☐Toxicitet ☐Progress ☐Patientens val ☐Annan orsak:_____

KIRURGI

Operationsdatum

Typ ☐Lymfkörtelutrymning ☐Isolerad hyperterm perfusion ☐Annan metastasbehandling:

Lokaler:

☐Huvud-hals ☐Axill ☐Ljumske ☐Arm ☐Ben ☐Kutan/subkutan

☐Hjärna ☐Lunga ☐Lever ☐GI-kanal ☐ Binjure ☐Skelett ☐In transit/satelit ☐Bukspottskörtel ☐Njure ☐Icke regionala lymfkörtlar ☐Övrig

Radikal kirurgi ☐Ja ☐Nej

Antal bortopererade lymfkörtlar:_____

Positiva lymfkörtlar:_____

STRÅLBEHANDLING

Startdatum: _____

Indikation ☐Kurativ ☐Palliativ

Lokaler:

☐Binjure ☐Bukspottskörtel ☐Hjärna ☐In transit/satelit ☐ Kutan/subkutan ☐Lever

☐Lunga ☐Lymfkörtlar ☐Mediastinum ☐Mjukdel/muskel ☐Njure: ☐Tyroidea ☐Skelett ☐Övrig

Behandingstyp: ☐Fotoner ☐Gammakniv ☐Brachyterapi ☐ Protonbehandling ☐Elektroner

☐ Röntgen ☐Stereotaktisk strålbehandling

Dos per fraktion (Gy):

Slutdos:_____

MUTATIONSANALYS

Typ av melanom ☐Kutant ☐Uvealt ☐Mucosalt ☐Ej möjligt att

Behandlingsprediktiv BRAFv600-mutatic föreligger ☐Ja ☐Nej ☐Analys ej utförd

Behandlingsprediktiv NRAS-mutation föreligger ☐Ja ☐Nej ☐Analys ej utförd

Behandlingsprediktiv C-kit-mutation föreligger ☐Ja ☐Nej ☐Analys ej utförd

PDL1 uttryck ☐<1% ☐>=1% ☐Analys ej utförd

Datum för analys: _____

Läkemedelsbiverkan

Datum: _____

Misstänkt regim

Misstänkt läkemedel

Typ av biverkan: _____

Grad av biverkan:

Behov av sjukvård av biverkan: ☐Ja ☐Nej ☐

Immundämpande behandling given: ☐Ja ☐Nej ☐

☐Steroider ☐Infliximab ☐Övrigt