ANMÄLAN
Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC)

1

Inrapporterande sjukhus/enhet .....

Anmälande inrapportör .....

Personnr .....

Namn .....

Datum för inrapportering ..... (År-mån-dag)

SIDA

❑ **Höger** ❑ **Vänster** *Vid cancer i båda brösten, fyll i ett formulär för varje sida.*

SJUKHUS

Opererande sjukhus/enhet.....

Klinik.....

Samma sjukhus och enhet som ovan är ansvarigt för inrapportering av: ❑ Uppföljning ❑ Onkologisk behandling
(om annat sjukhus/enhet – fyll istället i uppgifterna längst ner i formuläret)

Ansvarigt sjukhus/enhet för onkologisk behandling.....

Klinik.....

Samma sjukhus och enhet som ovan är ansvarigt för inrapportering av: ❑ Uppföljning ❑ Onkologisk behandling
(om annat sjukhus/enhet – fyll istället i uppgifterna längst ner i formuläret)

DIAGNOS

Beslutsdatum för välgrundad misstanke om cancer..... (År-mån-dag)

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd vid klinisk undersökning eller i samtal mellan patienten och läkare eller sjuksköterska med specialistkompetens:

- malignitetssuspekt knöl* i bröstet
- malignitetssuspekt knöl* i armhålan hos kvinnor
- ändrad kontur på bröstet, utan annan uppenbar orsak
- nytillkommet indragen bröstvårta
- rodnad eller svullnad på huden över bröstet utan annan förklaring
- blodig sekretion från enstaka mjölkgång
- ensidigt eksem på bröstvårtan
- sårbildning på bröstvårtan eller i anslutning till bröstkörtlarna
- nytillkommen apelsinliknande hud
- fynd vid bilddiagnostik talande för bröstcancer
- histopatologiskt fynd talande för bröstcancer

** ett palpationsfynd (knöl) som inte uppenbart har en annan naturlig orsak ska betraktas som malignitetssuspekt.*

Även om patienten inte ingår i ett SVF-förlopp ska datum anges för tidigaste misstanke enligt kriterierna ovan.

Provtagningsdatum ..... (År-mån-dag)

(ange datum för det första provet, punktion eller biopsi som visar cancer eller misstanke om cancer. Om inget prov är taget, ange datum för återkallelse från screeningmammografi eller från klinisk undersökning där misstanke om cancer finns)

Datum 1:a besök i specialiserad vård ..... (År-mån-dag)

Screeningupptäckt *(avser EJ mammografi på eget initiativ eller efter remiss, enbart via den organiserade screeningen)* ❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

Preoperativt fastställd malignitet ❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

Diagnosgrund *(välj den mest tillförlitliga metoden, t.ex. PAD-verifierad diagnos. Behöver ej vara metoden som är kopplad till Provtagningsdatum)*

❑ PAD-verifierad diagnos *(t.ex. mellan-/grovnålsbiopsi, provexcision eller kirurgi)* ❑ Cytologisk undersökning *(finnålspunktion)*

❑ Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR eller motsvarande undersökning ❑ Klinisk undersökning

Diagnostiserande patologi/cytologiavdelning .....

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

PAD-svarsdatum……

Patientens personnummer ..... **Patientens namn** .....

Menstruationsstatus vid diagnos

❑ Premenopaus *(<12 mån efter senaste menstruation)* ❑ Postmenopaus *(≥ 12 mån efter senaste menstruation)*

❑ Osäkert *(t.ex. hysterektomi)* ❑ Uppgift saknas, ej tillämplig *(t.ex. för män)*

Graviditetsassociation

Diagnos fastställd under pågående graviditet *(ifylles endast om kvinnan är under 50 år)*

❑ Ja ❑ Nej, men har varit gravid under senaste 2 åren ❑ Nej, ingen graviditetsassociation

Längd, vikt

Längd .....cm Vikt .....kg BMI fylls i automatiskt i registret

Användning av tobaks- eller nikotinprodukter*

❑ Nej ❑ Har använt men slutat ≥ 6 mån ❑Ja, använder nu eller slutat <6mån ❑ Uppgift saknas

**Välj det förslag som är mest överensstämmande med patientens uppgifter*

KLINISK TNM-KLASSIFIKATION *(grundas på bilddiagnostik eller klinisk undersökning, avseende N-Klassifikation även på cytologi/mellannålsbiopsi*)*

T-Klassifikation – Primärtumör

❑ T0 Ingen uppenbar primärtumör

❑ Tis Cancer in situ

❑ T1 Tumör ≤ 20 mm

❑ T2 Tumör > 20 och ≤ 50 mm

❑ T3 Tumör > 50 mm

❑ T4a Fixerad mot bröstkorgsväggen

❑ T4b Ulceration, ipsilateral kutan satellittumör eller hudödem *(inkl. peau d´orange)*

❑ T4c Både T4a och T4b

❑ T4d Inflammatorisk bröstcancer

❑ TX Primär tumör kan ej bedömas

N-Klassifikation – Regionala lymfkörtlar

❑ N0 Inga regionala lymfkörtelmetastaser

❑ N1 Friliggande lymfkörtelmetastaser i axill ipsilateralt

❑ N2 Fixerade lymfkörtelmetastaser i axill ipsilateralt **eller** intramammärt utan axillmetastaser

❑ N3 Lymfkörtelmetastaser supraclavikulärt / infraclavikulärt ipsilateralt **eller** intramammärt i kombination med axillmetastaser

❑ NX Lymfkörtlar kan ej bedömas

**som kliniskt nodpositiva räknas fall med stark malignitetsmisstanke vid bilddiagnostik och/eller klinisk undersökning, liksom de med verifierad metastasering vid cytologi/mellannålsbiopsi.*

M-Klassifikation – Fjärrmetastaser

❑ M0 Inga kända fjärrmetastaser

❑ M1 Fjärrmetastaser finns *(generaliserad sjukdom)*

TUMÖRSTORLEK VID DIAGNOS *(grundad på bilddiagnostik)*

Tumörstorlek……mm **❑Storlek ej bedömbar / uppgift saknas**

Multifokalitet ❑Nej ❑Ja ❑ Uppgift saknas

VÅRDPLANERING

Datum för första behandlingsdiskussion .....(År-mån-dag)

Har patienten erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska?

❑ Nej ❑ Ja

Har en skriftlig individuell vårdplan, (Min Vårdplan XV019), upprättats i samråd med patienten?

❑ Nej ❑ Ja

Preoperativ MDK *(multidisciplinär konferens. För Ja krävs närvaro av kirurg, onkolog, patolog, radiolog och kontaktsjuksköterska eller motsvarande, skall vara dokumenterat i journal. Kan även ske via video- eller telefonkonferens).*

❑ Nej ❑ Ja

Patientens personnummer ..... **Patientens namn** .....

Planerad åtgärd

- ❑ Primär operation
- ❑ Preoperativ onkologisk behandling, cytostatika + ev annan behandling (operation planeras)
- ❑ Preoperativ onkologisk behandling, endast endokrin behandling (operation planeras)
- ❑ Konservativ behandling, av exempelvis ER-positiv tumör eller Lokalt avancerad BC (oklart om operation blir aktuell / operation planeras ej)
- ❑ Fjärrmetastaserande sjukdom (M1)
- ❑ Ingen behandling (patienten avböjt / annat skäl)

PATOLOGI ENDAST FRÅN MELLAN- / GROVNÅLSBIOPSI
(om Fjärrmetastaserande sjukdom (M1) kan även operations-PAD användas)

Invasivitet

- ❑ Invasiv cancer/ DCIS med mikroinvasion
- ❑ Enbart cancer in situ
- ❑ Bedömning ej möjlig

❑ Endast cytologi eller prov ej utfört
(om PAD saknas ska endast rapporteringsansvarigt sjukhus/enhet längst ner på formuläret fyllas i)

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

Typ av invasiv cancer

- ❑ **Duktal/NST** (85003)
- ❑ **Lobulär** (inkl. **pleomorf Lobulär**) (85203)
- ❑ **Mixed: Duktal/NST** och **Lobulär** (85223)
- ❑ **Mixed: Duktal/NST** och annan typ än **Lobulär** (85233)
- ❑ **Mixed: Lobulär** och annan typ än **Duktal/NST** (85243)
- ❑ **Mixed: Tubulolobulär** (85203)
- ❑ **Apokrin** / med **apokrin differentiering** (84013)
- ❑ **Kribriform** (82013)
- ❑ **Mb Paget** med underliggande **Duktal/NST** (85413)
- ❑ **Medullär** (85103)
- ❑ **Metaplastisk** (85753)
- ❑ **Mikropapillär** (85073)
- ❑ **Mucinös** (84803)
- ❑ **Papillär** (85033)
- ❑ **Inkapslad papillär cancer** med **invasion** (85043)
- ❑ **Solid papillär cancer** med **invasion** (85093)
- ❑ **Tubulär** (82113)
- ❑ **Annan invasiv cancer**, vilken……

Typ av cancer in situ

- ❑ **DCIS** (85002)
- ❑ **Mixed: DCIS** och **annan typ av in situ** (ej LCIS) (85232)
- ❑ **Kribriform** (82012)
- ❑ **Intraduktal papillär** (85032)
- ❑ **Inkapslad papillär** (85042)
- ❑ **Intraduktal mikropapillär** (85072)
- ❑ **Solid papillär** (85092)
- ❑ **Mb Paget** (med eller utan underliggande DCIS) (85002)
- ❑ **Annan cancer in situ**, vilken……

Patientens personnummer ..... **Patientens namn** .....

Histologisk grad ***(invasiv/ in situ)*** ❑ Grad 1 ❑ Grad 2 ❑ Grad 3 ❑Uppgift saknas

NEDANSTÅENDE VÄRDEN SKA ENBART RAPPORTERAS FÖR INVASIV CANCER

ER *(invasiv)* .....% ❑ Ej utfört

PgR *(invasiv)* .....% ❑ Ej utfört

HER2 immunhistokemi *(invasiv)*

❑ 0 ❑ 0 + ❑ 1+ ❑ 2+ ❑ 3+ ❑ Ej utfört

HER2 ISH-analys *(invasiv)*

❑ Amplifierat ❑ Ej amplifierat ❑ Ej utfört

Ki67 *(invasiv)* ..... % ❑ Ej utfört

s-TILs.....**%** ❑ Ej utfört
(tumörinfiltrerande lymfocyter, ifylles endast vid trippelnegativ bröstcancer)

Typ av genexpressionsprofil *(invasiv)*

❑ OncotypeDX ❑ Prosigna ❑ Annan analys..... ❑ Ej utfört

Genexpressionsprofil *(invasiv)*

❑ Lågrisk ❑ Intermediär risk ❑ Högrisk

Finns verifierad lymfkörtelmetastas *(invasiv)* ❑ Nej ❑ Ja

RAPPORTERINGSANSVARIGT SJUKHUS / ENHET FÖR BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING

(De sjukhus/enheter som anges här kommer att vara de inrättningar, till vilka efterforskningar av saknade formulär skickas)

Rapporteringsansvarigt sjukhus / enhet för onkologisk behandling.....

Klinik.....

Rapporteringsansvarigt sjukhus / enhet för uppföljning .....

Klinik.....

❑ Ingen fortsatt uppföljning, ange orsak.....