## OPERATION

## Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC) 2

| | |
|---|---|
| Inrapporterande sjukhus, enhet ..... | Personnr ..... |
| Inrapportör ..... | Namn ..... |
| | Datum för inrapportering .....(År-mån-dag) |

**SIDA**

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

**Rökning och BMI** *(om kliniken samlar in uppgifterna redan vid anmälan så behöver de inte fyllas i här)*

**Längd, vikt**

Längd .....cm Vikt .....kg BMI fylls i automatiskt av 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*

**OPERATION** *(Operation rapporteras enbart för den primära bröstcancern, ej för recidiv)*

Operationen avser ❑ Primär operation

❑ Operation efter påbörjad/genomförd preoperativ onkologisk behandling

**Operationsdatum 1:a ingreppet** *(avser den operation där cancertumören avlägsnas)*.....(År-mån-dag)

**Slutresultat bröstingrepp** *(det mest omfattande ingreppet)*

❑ Partiell mastektomi (HAB40)

❑ Mastektomi/subkutan mastektomi (HAC10/15/20)

❑ Ej bröstoperation *(t.ex. endast axillkirurgi)*

**Onkoplastikkirurgi** *(omformning, reduktionsplastik, direktrekonstruktion)* ❑ Nej ❑ Ja

***Om "Ja", glöm inte att fylla i Direktrekonstruktion/Onkoplastikkirurgi-formuläret***

**Axillingrepp** ❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

Om Ja, ange

**Slutresultat axillingrepp** *(avser det mest omfattande ingreppet i axillen)*

❑ Enbart SN (Sentinel Node) (VXA20) *(inklusive eventuella extra Igll)*

❑ Enbart utrymning (VXK21)

❑ SN och utrymning (VXA20 + VXK21)

❑ TAD *(targeted axillary dissection)*

❑ Uppgift saknas

**Kompletterande bröstingrepp utfört i en andra seans – på grund av tumördata** *(PAD-resultat)*

❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

**Kompletterande axillingrepp utfört i en andra seans – på grund av tumördata** *(PAD-resultat)*

❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

**Antal kompletterande ingrepp i bröst och/eller axill utförda på grund av tumördata** *(exkl. 1:a operationstillfället)* **……**

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

## PATOLOGI FRÅN OPERATION

*(avser PAD-uppgifter från primär operation eller operation efter given preoperativ onkologisk behandling)*

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

**PAD-svarsdatum**.....

### Invasivitet

- ❑ **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 *(ifylles vid **enbart** 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.....

**Antal invasiva tumörer i bröstet** ❑ 0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ ≥ 4 ❑ Uppgift saknas

**Storlek för den största invasiva tumören** ..... mm ❑ Storlek ej bedömbar/uppgift saknas

**Extent 1** *(utbredning)*..... mm ❑ Extent ej bedömbar/uppgift saknas

**Extent 2** *(utbredning)*..... mm

❑ **Enbart mikroinvasion** *(ett eller flera foci max 1 mm)*

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

**Histologisk grad** *(invasiv / in situ)*

❑ Grad 1 ❑ Grad 2 ❑ Grad 3 ❑ Ej utfört

***NEDANSTÅENDE VÄRDEN SKA ENBART RAPPORTERAS FÖR INVASIV CANCER***

**ER** *(invasiv)*.....% ❑ Ej utfört ❑ Utförd endast på biopsi*

**PgR** *(invasiv)*..... % ❑ Ej utfört ❑ Utförd endast på biopsi*

**(detta för att undvika att biopsivärden används om ny analys ej utförts på operationspreparat)*

**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 primärt opererad trippelnegativ bröstcancer)*

**Typ av genexpressionsprofil** *(invasiv)*

❑ OncotypeDX ❑ Prosigna ❑ Annan analys ❑ Ej utfört

**Genexpressionsprofil** *(invasiv)*

❑ Lågrisk ❑ Intermediär risk ❑ Högrisk

**Antal SN-/TAD-körtlar enligt PAD** *(totalt antal lgl uttagna som SN eller TAD-körtlar)* **……**

**Metastas i SN-/TAD-körtel** ❑**Nej** ❑**Ja**

**Antal SN-/TAD-körtlar med makrometastaser (> 2 mm) ……**

**Antal SN-TAD-körtlar med mikrometastaser (> 0,2 och ≤ 2 mm / > 200 celler) …….**

**Antal SN-/TAD-körtlar med submikrometastaser/ITC (≤ 0,2 mm) ……**
*(submikrometastaser/ITC räknas ej som lymfkörtelmetastas/nodpositivitet om i samband med primär kirurgi)*
*(efter preoperativ behandling räknas de dock som makrometastaser, tolkas som kvarvarande rest efter makrometastas)*

**Totalt antal undersökta lymfkörtlar från samtliga axillingrepp**.....
*(inklusive intramammara lymfkörtlar)*

**Totalt antal lymfkörtlar med metastas (> 0,2 mm) från samtliga axillingrepp** .....
*(inklusive intramammara lymfkörtlar. SN-/TAD-körtlar med kvarvarande tumörceller efter preoperativ cytostatikabehandling räknas som makrometastas, oavsett storlek/mängd)*

**Respons på preoperativ onkologisk behandling**
*(rapporteras endast för de som fått preoperativ onkologisk behandling)*

❑ pCR ❑ RCB-I ❑ RCB-II ❑ RCB-III ❑ Uppgift saknas

## POSTOPERATIV BEDÖMNING

**Postoperativ MDK** *(multidisciplinär konferens)* ❑ Nej ❑ Ja
*(för ”Ja” krävs närvaro av kirurg, onkolog, patolog, radiolog och kontaktsjuksköterska eller motsvarande. Kan även ske via video- eller telefonkonferens)*

**Datum för 1:a postoperativa PAD-information till patient**.....(År-mån-dag)