PREOPERATIV ONKOLOGISK BEHANDLING 3

POSTOPERATIV ONKOLOGISK BEHANDLING 4

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC)

All rapportering av adjuvant onkologisk behandling ska gälla den primära bröstcancern och enbart för de patienter som opereras. Palliativ behandling eller recidiv- / fjärrmetastasbehandling ska ej rapporteras.

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

❑ Gäller given **preoperativ** onkologisk behandling

❑ Gäller given **postoperativ** onkologisk behandling

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

❑ **Fjärrmetastas upptäckt inom tre månader från provtagningsdatum**
(om ovanstående ruta kryssats i behöver resterande formulär ej ifyllas och formuläret är klart att skickas in till RCC)

Har patienten erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska? ❑ Nej ❑ Ja

Typ av genexpressionsprofil *(invasiv)*

❑OncotypeDX ❑Prosigna ❑Annan analys, vilken……..... ❑ Ej utfört

Genexpressionsprofil (invasiv)

❑ Lågrisk ❑Intermediär risk ❑ Högrisk

❑ **Ingen postoperativ adjuvant onkologisk behandling given**

Cytostatikabehandling ❑ Nej ❑ Ja

Startdatum, första kur .....(År-mån-dag*)

Behandling *(flera kan anges)*

❑ Antracyklinbaserad (ex. EC, AC) ❑ Docetaxel
❑ Paklitaxel ❑ Kapecitabine
❑ Karboplatin ❑ Annan, specificera …….

Behandling fullföljd eller pågående enligt plan ❑ Nej ❑ Ja ❑ Behandling pågår ❑Uppgift saknas

Orsak till avbrott/ändring ❑ Biverkningar ❑ Progress** ❑ Annan ❑Uppgift saknas

Slutenvård p.g.a. behandlingskomplikationer ❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas

Strålbehandling ❑ Nej ❑ Ja

Startdatum, första dos.....(År-mån-dag*)

Target *(flera kan anges)*

❑ Bröst/bröstkorgsvägg ❑ Axill***
❑ Fossa supraclavicularis*** ❑ Parasternalområdet/IMN**** ❑ PBI (Partiell bröstbestrålning)

***dessa motsvarar Regionala lymfkörtlar*
****Intramammara lymfkörtlar*

Totaldos exkl. Boost ..... ,..... Gy *(anges med två decimaler)*

Boost ❑ Nej ❑ Ja

Om ”Ja”, vilken typ av boost ❑ Sekventiell ❑ Integrerad

Totaldos target + boost ..... ,..... Gy *(anges med två decimaler)*

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

Endokrin behandling	❑ Nej	❑ Ja		
Startdatum.....(År-mån-dag*)				
Behandling *(flera kan anges)*	❑ Tamoxifen	❑ GnRH-agonist	❑ Aromatashämmare	
	❑ Annan, specificera…….			
Anti-HER2-behandling	❑ Nej	❑ Ja		
Startdatum..... (År-mån-dag*)				
Behandling *(flera kan anges)*	❑ Trastuzumab	❑ Pertuzumab	❑ T-DM1 (Kadcyla)	❑ Neratinib
	❑ Annan, specificera…….			
Behandling fullföljd eller pågående enligt plan	❑ Nej	❑ Ja	❑ Behandling pågår	❑Uppgift saknas
Orsak till avbrott/ändring	❑ Biverkningar	❑ Progress	❑ Annan	❑Uppgift saknas
Slutenvård p.g.a. behandlingskomplikationer	❑ Nej	❑ Ja	❑ Uppgift saknas	
Annan målinriktad behandling	❑ Nej	❑ Ja		
Startdatum..... (År-mån-dag*)				
Behandling *(flera kan anges)*	❑ Olaparib (PARP-hämmare)		❑ Abemaciklib (CDK4/6-hämmare)	
❑ Pembrolizumab (PD-(L)1-hämmare)	❑ Ribociklib			
❑Annan, specificera……				
Behandling fullföljd eller pågående enligt plan	❑ Nej	❑ Ja	❑ Behandling pågår	❑Uppgift saknas
Orsak till avbrott/ändring	❑ Biverkningar	❑ Progress	❑ Annan	❑Uppgift saknas
Slutenvård p.g.a. behandlingskomplikationer	❑ Nej	❑ Ja	❑ Uppgift saknas	
Annan onkologisk behandling	❑ Nej	❑ Ja		
Startdatum..... (År-mån-dag*)				
Behandling *(flera kan anges)*	❑ Annan, specificera…….			
Behandling fullföljd eller pågående enligt plan	❑ Nej	❑ Ja	❑ Behandling pågår	❑Uppgift saknas
Orsak till avbrott/ändring	❑ Biverkningar	❑ Progress	❑ Annan	❑Uppgift saknas
Slutenvård p.g.a. behandlingskomplikationer	❑ Nej	❑ Ja	❑ Uppgift saknas	
Bisfosfonater	❑ Nej	❑ Ja	***OBS! Besvaras endast för postoperativ behandling***	

*om exakt dag för start av behandling saknas - ange dag 15
** gäller endast vid preoperativ onkologisk behandling