

FÖRENKLAT FLÖDE

Checklista FÖRENKLAT FLÖDE SVF huvud-halscancer

Standardiserat vårdförlopp – vid ÖNH-klinik Norra Regionerna.

Gäller vid första läkarbesök på ÖNH mottagning för patient med förändring som ger **stark misstanke om cancer i:**

- läpp T1N0 handläggs på egen klinik, inget flöde
- **läpp T2N0**
- **munhåla T1-T2N0**
- **larynx T1-T2N0 (inte supraglottisk)**
- **verrucös cancer i munhåla**
- **spottkörtlar T1-T2N0**
- **näsa/bihålor N0**
- **lokalt avancerad kutan skivepitelcancer N0**

För mer information var god se nationella vårdprogrammet;

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/huvud-och-halscancer/vardprogram/>

Telefonnummer till patient:

Patientetikett

Startdatum för SVF med välgrundad misstanke/VGM: _____

Checklista

- Remiss dikterad till ÖNH NUS. Ange ”förenklat flöde”, beskriv status inkl storlek och lokalisering av tumör samt övriga sjukdomar.
- Information till operationsplanerare ÖNH NUS.
- Video/foto skickat via cryptshare.vll.se.
- Px och/eller cytologi taget, glas skickade för eftergranskning och svar bifogade.
- Provtagning utförd och svar bifogade: **blodstatus, Na, krea, K, thyroideastatus.**
- Återbesök alternativt telefonbesked efter MDK planerat.
- Intyg följeslagare skrivet om aktuellt.
- Remiss till fokalutredning och -sanering skriven.
- Läkemedel kontrollerade och lista bifogad.
- Längd (pats längsta) _____ och vikt _____ ger BMI = _____
- Blodtryck: _____
- EKG bifogat om pat >60 år eller behandlas för hjärtsjukdom/hypertoni.

FÖRENKLAT FLÖDE

Samtycker till NPÖ?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Tolkbehov?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vilket språk? _____
Kommunikationssvårigheter?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vilka? _____
Diabetes?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Metforminbehandling?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Inför kontraströntgen sätts Metformin ut samma dag om S-Krea är <130 och två dagar innan om S-Krea är >130.
Förväntat svår luftväg?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Inskränkt gapförmåga?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Stelhet i halsryggen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
CPAP? (tas med till NUS)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Nutrition: Om ett eller fler JA-svar = risk för undernäring!			
Viktnedgång? (ofrivillig)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Har du svårt att äta?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Undervikt enligt BMI?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	<70 år – BMI <20, >70 år – om BMI <22
Dietistkontakt tagen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Utsättning av ev blodförtunnande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Optimalt behandlad inför en narkos?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Ställningstagande till hjärt-eko, medicinkonsult, spirometri osv			

WHO performance status (gör en ungefärlig bedömning)

- 0 Patienten är **fullt aktiv** i stort sett som innan sjukdomen
- 1 Patienten kan **inte utföra tungt fysiskt** arbete men i stort sett allt annat
- 2 Patienten är **uppe mer än halva dagen** och kan sköta ditt ADL men orkar inte jobba
- 3 Patienten **vilar (ligger eller sitter) mer än halva dagen** och behöver viss hjälp med ADL
- 4 Patienten är **sängliggande (eller i stol) hela dagen** och behöver mycket hjälp med ADL

Tobaksvanor: Röker dagligen. Mängd? _____

Aldrig rökt/endaströkt

Tid rökt (slutat för >1 år sedan)

FÖRENKLAT FLÖDE

Radiologi beställd

(märk remisserna enl SVF)

Läppcancer cT2N0	T1 – överväg ULJ hals/FNAC eller DT hals/larynx m kontrast T2 – DT hals/larynx och thorax m kontrast	<input type="checkbox"/> Ja
Munhålecancer cT1-T2cN0 Verrukös cancer i munhåla Gärna undersökning med ”upplåsta kinder”/”puffed cheek”	DT av huvud, hals och thorax. Om djup av inväxt är svårbedömt kliniskt, eller om pat har amalgamfyllningar överväg i 1.a hand MR av munhålan + DT hals thorax. _____ Ev UL+FNAC av halsens lymfkörtlar. CBCT om benengagemang misstänks.	<input type="checkbox"/> Ja Alt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
Larynxcancer cT1-T2cN0.	DT hals/larynx m kontrast DT thorax m kontrast	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
Spottkörtelcancer cT1-T2N0	MR hals/larynx. Ska inkludera spottkörtlar och lymfkörtelstationer på halsen DT thorax med kontrast	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
Malign tumör näsa/bihålor T1-T4N0	DT sinus med och utan kontrast DT hals/larynx m kontrast DT thorax m kontrast MR sinus /ansiktsskelett (endast som komplement om DT sinus ej ger tillräcklig information)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja
Lokalt avancerad kutan skivepitelcancer N0	DT hals/larynx/thorax och buk m kontrast UL hals + FNAC av halslymfkörtlar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja