

Svenska barncancerregistret – SALUB

Diagnos – formulär

Version 20211227

Rapporteringsdatum: 2 0
Rapporterad av:
Rapporterad klink:
Förnamn:
Efternamn:
Födelsedatum: 2 0 -
Kön: <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man
Adress:
Stad:
Land:

Diagnos
Diagnosdatum 2 0
ICD-10: _____
Morfologisk diagnos: _____
ICCC3-diagnos: _____
Diagnosbeskrivning: _____
Stadium: _____
Relaps <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja