

ANMÄLAN

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC)

1

Inrapporterande sjukhus/enhet

Personnr

Namn

Anmälände inrapportör

Ansvarig läkare

Datum för inrapportering (År-mån-dag)

SIDA

 Höger Vänster

Vid cancer i båda bröstena, fyll i ett formulär för varje sida.

SJUKHUS

Opererande sjukhus/enhet.....

Klinik.....

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

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

Klinik.....

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

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 specialkompetens:

- suspekt knöl i bröstet
- suspekt knöl i armhålan hos kvinnor
- ändrad kontur på bröstet
- nytillkommen 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
- återkallade för klinisk undersökning efter screening
(som utfallit med kod 3, 4 eller 5)
- fynd vid bilddiagnostik talande för bröstcancer

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

Provtagningsdatum (diagnosdatum) (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)

 Klinisk undersökning Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR eller motsvarande undersökning PAD-verifierad diagnos (t.ex. mellan-/grovnålsbiopsi, provexcision eller kirurgi) Cytologisk undersökning (finnålspunktion)

Diagnostiserande patologi/cytologiavdelning

Preparatnummer

Preparatår

Patientens personnummer

Patientens namn

Menstruationsstatus vid diagnos

- Premenopaus (< 6 mån efter senaste menstruation) Postmenopaus (≥ 6 mån efter senaste menstruation)
- Osäkert (t.ex. hysterektomi) Uppgift saknas, ej tillämplig (t.ex. för män)

KLINISK TNM-KLASSIFIKATION (grundas på bilddiagnostik eller klinisk undersökning)**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 Fixerad(-e) lymfkörtelmetastaser i axill ipsilateralt **eller** intramammärt utan axillmetastaser
- N3 Lymfkörtelmetastaser supraclavikulärt / infraclavikulärt ipsilateralt **eller** intramammärt i kombination med axillmetastaser
- NX Lymfkörtlar kan ej bedömas

M-Klassifikation – Fjärrmetastaser

- M0 Inga kända fjärrmetastaser
- M1 Fjärrmetastaser finns (generaliserad sjukdom)

VÅRDPLANERING

Datum för första behandlingsdiskussion (År-mån-dag)

Har patienten erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska?

- Nej Ja Uppgift saknas

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

- Nej Ja Uppgift saknas

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

- Nej Ja Uppgift saknas

Patienten ingår i studie (detta gäller alla typer av studier, t.ex. kliniska studier, omvårdnadsstudier, patientnära vårdforskning)

- Nej Ja Uppgift saknas

Planerad åtgärd

- Primär operation (om detta alternativ är valt, är blanketten färdigifylld förutom rapporteringsansvarigt sjukhus/enhet längst ner på formuläret)
- Preoperativ onkologisk behandling eller konservativ behandling (ange nedan vilken onkologisk behandling som planeras samt patologiuppgifter och rapporteringsansvarigt sjukhus/enhet)
- Ej operation eller fjärrmetastaser vid diagnos (ange nedan orsak till varför patienten ej opereras, samt fyll i patologiuppgifter och rapporteringsansvarigt sjukhus/enhet)

Om "Preoperativ onkologisk behandling eller konservativ behandling" är vald, ange vilken behandling (flera kan anges)

- Cytostatikabehandling Strålbehandling Endokrin behandling Antikroppsbehandling

Om "Ej primär operation", ange orsak

- Lokalt avancerad sjukdom Fjärrmetastaser (väljs vid M1) Annan orsak

PATOLOGI FRÅN MELLAN- / GROVNÅLSBIOPSI (vid fjärrmetastaser kan även operations-PAD användas)

Nedan ifylles endast om "Preoperativ onkologisk behandling/konservativ behandling" eller "Ej operation/fjärrmetastaser vid diagnos" är vald.

Invasivitet

- Invasiv cancer med eller utan cancer in situ
- 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)

Patientens personnummer

Patientens namn

Patologiavdelning Preparatnummer Preparatår

Typ av invasiv cancer

- Enbart duktal cancer (85003) Både duktal och lobulär cancer (85223) Duktal och andra typer än lobulär cancer (85233)
- Enbart lobulär cancer (85203) Annan invasiv cancer, vilken

Typ av cancer in situ

- DCIS (85002) LCIS (85202) DCIS och LCIS (85222)
- Annan cancer in situ, vilken.....

ER.....% (Om procent angivits behöver ej ER-status, immunhistokemi fyllas i)

ER-status, immunhistokemi

- Positiv Negativ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

PgR.....% (Om procent angivits behöver ej PgR-status, immunhistokemi fyllas i)

PgR-status, immunhistokemi

- Positiv Negativ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

HER2 immunhistokemi

- 0-1+ 2+ 3+ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

HER2 ISH-analys

- Amplifierat Ej amplifierat Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

Ki67.....%

Ki67-status (enligt lokala cut-off)

- Låg Intermediär Hög Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

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.....