

<b>GIVEN PREOPERATIV ONKOLOGISK BEHANDLING</b>	<b>3</b>
--	----------

<b>GIVEN POSTOPERATIV ONKOLOGISK BEHANDLING</b>	<b>4</b>
---	----------

**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 ..... ..... Inrapportör ..... Ansvarig läkare .....	Personnr..... Namn ..... ..... Datum för inrapportering .....(År-mån-dag)
--	--

Gäller **preoperativ** adjuvant onkologisk behandling  
 Gäller **postoperativ** adjuvant onkologisk behandling

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

**Fjärrmetastas upptäckt inom tre månader från provtagningsdatum** (*diagnosdatum*)  
*(Om ovanstående ruta kryssats i behöver resterande formulär ej ifyllas och formuläret ska skickas in till RCC).*

<b>Har patienten erbjudits, i journalen, dokumenterad kontaktsjuksköterska?</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
<b>Patienten ingår i studie</b> <i>(detta gäller alla typer av studier, t.ex. kliniska studier, omvårdnadsstudier, patientnära vårdforskning)</i>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

**Ingen postoperativ adjuvant onkologisk behandling given**      *OBS! Gäller endast för postoperativ behandling*

**Cytostatikabehandling**       Nej       Ja

**Startdatum, första kur** .....(År-mån-dag)  
**Behandling** (*flera kan anges*)       Antracyclin       Docetaxel       Paklitaxel       Annan  
**Behandling fullföljd enligt plan**       Nej       Ja       Uppgift saknas  
     Om nej, orsak till avbrott/ändring       Biverkningar       Annan       Uppgift saknas  
**Cytokiner primär profylax** (*t.ex. G-CSF*)       Nej       Ja       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  
**Totaldos exkl. boost**      ,      .....Gy (*anges med två decimaler*)  
**Boost**       Nej       Ja      Om Ja, boostdos..... , .....Gy (*anges med två decimaler*)

**Endokrin behandling**       Nej       Ja

**Startdatum**.....(År-mån-dag)  
**Behandling** (*flera kan anges*)       Tamoxifen       GnRH-agonist       Aromatashämmare       Annan

**Antikroppsbehandling**       Nej       Ja

**Startdatum**.....(År-mån-dag)  
**Behandling** (*flera kan anges*)       Trastuzumab       Pertuzumab       Annan