

BRÖSTCANCER/ ANMÄLAN - NATIONELLT KVALITETSREGISTER

Sjukhus, klinik

Personnr

Inrapportör

Namn

Anmälande läkare

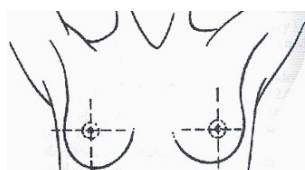
Rapporteringsdatum(År-mån-dag)

MENSTRUATIONSSTATUS

 Premenopaus (<6 mån efter senaste menstruation)
 6 mån – 5 år postmenopaus
 >5 år postmenopaus

 Osäkert (t ex hysterektomi)
 Uppgift saknas, ej tillämplig (t ex för män)

DIAGNOSTIK

Sida: Höger Vänster

Vid bilateral bröstcancer fyll i två blanketter.

Opererande sjukhus..... Opererande klinik.....

Samma sjukhus och klinik är ansvarigt för inrapportering av:
 Uppföljning
 Adjuvant behandling

(om annat sjukhus/klinik - fyll istället i uppgifterna längst ner i formuläret)

Onkologiskt sjukhus Onkologisk klinik.....

Samma sjukhus och klinik är ansvarigt för inrapportering av:
 Uppföljning
 Adjuvant behandling

(om annat sjukhus/klinik - fyll istället i uppgifterna längst ner i formuläret)

Datum 1:a kontakt (År-mån-dag)

(1:a kontakt med vården, avser patientens 1:a kontakt gällande bröstcancerdiagnosen)

1:a kontakten avser (välj ett av alternativen):
 Remiss från annan vårdgivare
 Mammografi/screeningåterkallelse

(t.ex. datum för utfärdande av remiss för cytologi, remiss till bröstmottagning o.s.v.)

(datum för mammografi / screeningåterkallelse)

 Söker själv till bröstmottagning
 Uppgift saknas

(t.ex. datum för första telefonsamtal)

Datum 1:a besök bröstmott.....(År-mån-dag)

 Malign diagnos klar vid 1:a besök
 Nej
 Ja
 Uppgift saknas

 Screeningupptäckt
 Nej
 Ja
 Uppgift saknas

(Avser EJ mammografi på eget initiativ eller efter remiss. Enbart via den organiserade screeningen.)

 Preoperativt fastställd malignitet
 Nej
 Ja
 Uppgift saknas

Tidigaste diagnosdatum (År-mån-dag)

Diagnosgrund: (Välj den mest tillförlitliga metoden. Behöver ej vara metoden som är kopplad till diagnosdatum)
 Klinisk undersökning
 Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR eller motsvarande undersökning

 PAD verifierad diagnos
 Cytologisk undersökning
 Annan laboratorieundersökning

(t ex mellannål, grovnål, provexcision eller kirurgi med histopatologisk undersökning)

Diagnostiserande patologi/cytologiavdelning

Preparatnummer Preparatår

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 - Tumör i regionala lymfkörtlar

- N0 Inga regionala lymfkörtelmetastaser
- N1 Friliggande lymfkörtelmetastas(-er) i axill ipsilateralt
- N2 Fixerad(-e) lymfkörtelmetastas(-er) i axill ipsilateralt **eller** intramammärt utan axillmetastaser
- N3 Lymfkörtelmetastas(-er) i fossa scl/icl ipsilateralt **eller** intramammärt i kombination med axillmetastaser
- NX Lymfkörtlar kan ej bedömas

M-Klassifikation - Fjärrmetastaser

- M0 Inga kända fjärrmetastaser
- M1 Fjärrmetastaser finns

VÅRDPLANERING

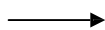
Datum för vårdplan..... (År-mån-dag)

(datum då patienten får första besked om planerad behandling t.ex. operation eller neoadjuvant / annan behandling)

Preoperativ Multidisciplinär/Multiprofessionell konferens

 Nej Ja Uppgift saknas**Om Ja, vilka deltar** Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Kontaktsjuksköterska el. motsvarande

Primär operation planeras

 Nej JaOm Nej, besvara följdfråga
samt glöm inte att fylla i uppgifter om morfologi och tumörbiologi

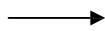
Ange orsak till ej primär operation

 Lokalt avancerad sjukdom Fjärrmetastaser Neoadjuvant behandling Annan orsak

Neoadjuvant behandling

 Nej Ja

Om ja, ange behandling:



Ange vilken neoadjuvant behandling som planeras

 Radioterapi Endokrin Cytostatika Annan / målstyrd terapi

Har patienten erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska?

 Nej Ja Uppgift saknasHar en skriftlig individuell vårdplan (**Min Vårdplan**) upprättats i samråd med patienten? Nej Ja Uppgift saknas**OPERATION**

(Operation rapporteras enbart för den primära bröstcancer, ej för recidiv)

Operationsdatum 1:a ingreppet: (År-mån-dag)

Slutresultat bröstingrepp (Det mest omfattande ingreppet)

 Partiell mastektomi Mastektomi Ej bröstop (t.ex. ockult cancer, endast axillkirurgi) Subkutan mastektomi med bevarande av areola / mamill

Direktrekonstruktion

 Nej Ja Uppgift saknas

Kontralateralt ingrepp för symmetri

 Nej Ja Uppgift saknas

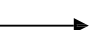
Kontralateralt, profylaktiskt ingrepp

 Nej Ja Uppgift saknas

Sentinel node operation utförd

 Nej Ja Uppgift saknas

Axillingrepp (SN och- eller utrymning)

 Nej Ja Uppgift saknas

Om Ja, besvara följdfråga

Slutresultat axillingrepp (det mest omfattande ingreppet)

 Enbart SN Utrymning Uppgift saknas

Patientens namn

Patientens personnummer.....

Kompletterande bröstingrepp utfört i en andra seans – pga. tumördata (PAD resultat) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas → <i>Om Ja, besvara följdfråga</i>	Återfanns rester av invasiv cancer eller cancer in situ vid kompletterande bröstingrepp? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Kompletterande axillingrepp utfört i en andra seans – pga. tumördata (PAD-resultat) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas → <i>Om Ja, besvara följdfråga</i>	Orsak till kompletterande axillingrepp pga. tumördata <input type="checkbox"/> Få lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Diagnostisk op visade cancer <input type="checkbox"/> Kompletterande SN efter diagnostisk bröstoperation <input type="checkbox"/> Axillutrymning efter SN pga. tumördata (t ex positiv SN) <input type="checkbox"/> Övrigt
Antal kompletterande ingrepp i bröst/axill som är utförda pga. tumördata (exkl. 1:a op. tillfället)..... (Antal)	
Kompletterande ingrepp utfört pga. kirurgiska komplikationer inom 30 dagar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Datum för 1:a postoperativa PAD-information till patient (År-mån-dag)	
MORFOLOGI <i>(Endast ett alternativ av nedanstående ska rapporteras. Är patienten primärt opererad gäller "PAD från primär operation". Är patienten aldrig opererad, får neoadjuvant behandling eller har fjärrmetastas vid diagnos gäller "PAD från mellan-/grovnålsbiopsi")</i>	
<input type="checkbox"/> PAD från primär operation <input type="checkbox"/> PAD från mellan-/grovnålsbiopsi <input type="checkbox"/> PAD ej utfört	
Patologiavdelning..... Preparatnr..... Preparatår.....	
Invasivitet <input type="checkbox"/> Enbart invasiv cancer <input type="checkbox"/> Enbart cancer in situ <input type="checkbox"/> Både invasiv och cancer in situ <input type="checkbox"/> Bedömning ej möjlig	
Typ av invasiv histopatologi <input type="checkbox"/> Duktal cancer <input type="checkbox"/> Både duktal och lobulär cancer <input type="checkbox"/> Duktal cancer + andra typer än lobulär cancer <input type="checkbox"/> Lobulär cancer <input type="checkbox"/> Medullär cancer <input type="checkbox"/> Annan invasiv cancer, vilken:	
Typ av cancer in situ histopatologi <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> LCIS <input type="checkbox"/> DCIS + LCIS <input type="checkbox"/> Annan cancer in situ, vilken:	
PAD UPPGIFTER FRÅN OPERATION <i>(Avser PAD uppgifter från primär operation eller operation efter neoadjuvant behandling)</i>	
Antal invasiva tumörer i bröstet <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4 <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Multifokalitet (avser invasiv cancer) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Histopatologisk storlek för största invasiva tumören mm <input type="checkbox"/> Ej bedömbart/uppgift saknas	Histopatologisk storlek för cancer in situ..... mm <input type="checkbox"/> Ej bedömbart/uppgift saknas
Regional variabel Uppsala Örebro: Distribution, diffus <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Extent (utbredning) i mm mm x mm	
Förekomst av kärlinväxt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Antal SN enligt PAD (totalt antal) Metastas i SN <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas → <i>Om Ja, besvara följdfråga</i>	Antal SN med makrometastaser (>2mm) Antal SN med mikromet. (>0,2 och ≥2mm)..... Antal SN med submikromet. (<0,2 mm).....
Totalt antal undersökta lymfkörtlar från samtliga axillingrepp (SN och- eller axillutrymning)	Totalt antal lymfkörtlar med metastas större än 0,2 mm från samtliga axillingrepp (SN och- eller axillutrymning)

TUMÖRBIOLOGI*(Uppgifter från operations-PAD. Om patienten aldrig opereras, får neoadjuvant behandling eller har fjärrmetastas vid diagnos används information från biopsi utförd innan eventuell neoadjuvant behandling)*NHG (invasiv) eller Nuclear grade (CIS) Grad 1 Grad 2 Grad 3 Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

ER..... %

ER-status, immunhistokemi Positiv Negativ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

PgR..... %

PgR-status, immunhistokemi Positiv Negativ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknasHER2 neu Immunhistokemi 0-1+ 2+ 3+ Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknasHER2 neu ISH-analys Amplifiering, terapiindikation Ej amplifierat Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas

KI67: %

KI67-status (enligt lokala cut-off) Låg Hög Ej utfört Ej bedömbart/uppgift saknas**POSTOPERATIV BEDÖMNING**Multidisciplinär/multiprofessionell postoperativ konferens som stöd för adjuvant behandling Nej Ja Uppgift saknas**Om Ja, bedömd av** Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Kontaktsjuksköterska el. motsvarande

Datum för adjuvant terapirekommendation (År-mån-dag)

POSTOPERATIV ADJUVANT BEHANDLING*(Avser planerad postoperativ adjuvant behandling)*Postoperativ adjuvant behandling planeras Nej Ja Uppgift saknasRadioterapi Nej Ja Uppgift saknas Bröst eller bröstorgsvägg LokoregionaltEndokrin behandling Nej Ja Uppgift saknas Antiöstrogen AromatashämmareCytostatika Nej Ja Uppgift saknas Antracyclin Docetaxel
 Paklitaxel ÖvrigtMålstyrd terapi Nej Ja Uppgift saknas Trastuzumab
 Övrig målstyrd terapi, ange vilken:**SJUKHUS- OCH KLINIKUPPGIFTER FÖR EFTERFORSKNING***(De sjukhus och kliniker som anges här kommer att vara de inrättningar till vilka eventuella efterforskningar skickas)*

Adjuvant behandling

Adjuvant behandling

Rapporteringsansvarigt sjukhus

Rapporteringsansvarig klinik.....

Uppföljning

Uppföljning

Rapporteringsansvarigt sjukhus

Rapporteringsansvarig klinik.....

 Ingen fortsatt Uppföljning, ange orsak