

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer Anmälningssblankett samt canceranmälan Anmälningsspliktiga tumörer Blankett 1 – Anmälan , skickas till Regionalt Cancer Centrum (RCC) Fylls i av primärt anmälare och gynekologisk enhet	Personnr: Namn: <div style="text-align: right; font-size: 2em; margin-left: 100px;">1</div>
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik	Inrapportör
Inrapporterande sjukhus samma som patientens hemsjukhus <input type="checkbox"/> Nej (ange hemsjukhus) <input type="checkbox"/> Ja	Ansvarig läkare
Datum för ifyllande 2 0 _ _ _ _ _ _	Diagnosdatum (Provtagningsdatum för första PAD/cytologi som verifierar malignitetsdiagnos. För cervixcancer anges provtagningsdatum för första biopsi som ger diagnosen invasiv cancer. I ö se registermanual) 2 0 _ _ _ _ _ _
Ange det kvalitetsregister som anmälan avser (vid mer än en gyncancerdiagnos används en blankett för varje diagnos, om anmälan avser tumör som inte ingår i något gynkvalitetsregister kryssas ingen ruta) För ovarial-, tubar- eller peritonealmaligniteter, <input type="checkbox"/> Uterusmaligniteter <input type="checkbox"/> Cervix, vaginalmaligniteter <input type="checkbox"/> Vulvamaligniteter cancer pelvis/abdominis använd särskild blankett	
Tumörens lokalisation	
ICD-10 kod	
FIGO stadium Ange stadium enl. följande ex: I B 1 (om stadium eller substadium ej kan anges – använd X)	
För corpuscancer ange grund för FIGO stadium <input type="checkbox"/> Kirurgisk <input type="checkbox"/> Klinisk	
Diagnosgrund <input type="checkbox"/> Klinisk undersökning <input type="checkbox"/> Obduktion med histopatologisk undersökning <input type="checkbox"/> Obduktion utan histopatologisk undersökning <input type="checkbox"/> Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR, CT (eller motsv undersökning) <input type="checkbox"/> Cytologisk undersökning <input type="checkbox"/> Annan laboratorieundersökning <input type="checkbox"/> Provexcision eller op m histopatol undersökn <input type="checkbox"/> Operation utan histopatologisk undersökning	
Morfologisk diagnos (klartext)	
Diagnostiserande patologi- eller cytologiavdelning eller annan avdelning	
Preparatnummer inkl år	
Morfologi bedömd av referenspatolog (eftergranskat) <input type="checkbox"/> Primärgranskare=referenspatolog <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange pat/cyt-lab <input type="checkbox"/> Ja, pat/cyt-lab okänt <input type="checkbox"/> Okänt	
Patologi- eller cytologiavdelning för eftergranskat preparat	
Remiss till gynekologisk enhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken?	
Var planeras operation utföras/var har den utförts <input type="checkbox"/> Anmälare klinik <input type="checkbox"/> Planeras ej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/> Annan enhet, specificera nedan	
Remiss till annan sjukvårdsinrättning/motsv. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera nedan	
Underskrift	