

<b>Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer</b> <b>Maligna tumörer i corporis uteri</b> Blankett 4 – Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling Fylls i efter avslutad behandling (Första recidiv ska registreras, följande linjer ej obl. men rek.) Eventuell kirurgisk behandling registreras på blankett 2 <b>Blanketten skickas till Regionalt Cancercentrum (RCC)</b>		<b>Personnr:</b>  <b>Namn:</b>	<span style="font-size: 2em;">4</span>
<b>INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik</b>		<b>Inrapportör</b>	
<b>Ansvarig läkare</b>		<b>Datum för diagnos av recidiv</b> (oberoende av ordn.nummer för recidiv) 20 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>Recidiv morfologiskt verifierat med PAD/CYT</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Recidiv föregånget av period av NED</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kan ej bedömas			
<b>Diagnosgrundande undersökningar</b> (flera alt möjliga) <input type="checkbox"/> Klinisk undersökning <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> Biopsi/finnålspunktion <input type="checkbox"/> Rtg, scintigrafi, MR, CT eller motsv. <input type="checkbox"/> PET, PET/CT <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> CA 125 stegring <input type="checkbox"/> Annan undersökning			
<b>Recidivlokal</b> (flera alt möjliga) <input type="checkbox"/> Vaginalt <input type="checkbox"/> Regionalt i bäckenet* <input type="checkbox"/> Fjärrmetastaser <input type="checkbox"/> Okänt (enbart CA125 stegring) * Regionalt definieras enligt TNM och innefattar bäckenet samt retroperitoneala lymfkörtlar upp till aortabifurkationen			
<b>Fjärrmetaster lokal</b> (flera alt möjliga) <input type="checkbox"/> Intraabdominalt ovan bäckenet <input type="checkbox"/> Njure (parenkymmetastaser) <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Para-aortala lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Mjälte (parenkymmetastaser) <input type="checkbox"/> Navel <input type="checkbox"/> Hjärna <input type="checkbox"/> Övriga icke-regionala lymfkörtlar* <input type="checkbox"/> Lever (parenkymmetastaser) <input type="checkbox"/> Pleuravätska (positiv cytologi krävs) <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Andra metastaser * Regionala metastaser: I bäckenet och pelvina körtlar upp till aortabifurkationen			
<b>Vid metastaser till para-aortala lymfkörtlar</b> <input type="checkbox"/> Enbart nedanför a mesenterica inferior <input type="checkbox"/> Enbart ovanför a mesenterica inferior <input type="checkbox"/> Nedanför och ovanför a mesenterica inferior			
<b>Sjukdomsstatus</b> <input type="checkbox"/> Ingen mätbar/evaluerbar tumörmanifestation <input type="checkbox"/> Mätbar/evaluerbar tumörmanifestation		<b>Tumörrelaterade symptom</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Recidivbehandling</b> (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Kirurgisk behandling (Nytt formulär 2 skall finnas) <input type="checkbox"/> Icke-kirurgisk behandling <input type="checkbox"/> Ingen behandling		<b>Orsak till att behandling ej givits</b> (ange viktigaste) <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Behandling anses ej meningsfull <input type="checkbox"/> Annan	
<b>Datum för start av icke-kirurgisk recidivbehandling</b> 20 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		<b>Datum för avslutande av icke-kirurgisk recidivbehandling</b> 20 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>Behandlingen planerad enligt nationellt vårdprogram</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vårdprogram saknas i denna situation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas		<b>Beh planerad inom ramen för klinisk prövning/studie</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Om patienten behandlats med endast kirurgi eller om man avstått från behandling är blanketten klar</b>			

<b>Personnummer:</b>		<b>Namn:</b>	
<b>Icke kirurgisk recidivbehandling</b>			
<b>Kemoterapi (KT)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, paklitaxel/karboptatin <input type="checkbox"/> Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)		<b>Datum för start av KT</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Datum för avslutande av RT</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Antal cykler</b>  _ _			
<b>Alkylerande medel</b> <input type="checkbox"/> Cyklofosfamid <input type="checkbox"/> Ifosfamid <input type="checkbox"/> Melfalan <input type="checkbox"/> Annat alkylerande medel  <b>Antimetaboliter</b> <input type="checkbox"/> Capecitabin <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Gemcitabin <input type="checkbox"/> Pemetrexed <input type="checkbox"/> Annan antimetabolit	<b>Mitoshämmare</b> <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Etoposid <input type="checkbox"/> Paklitaxel <input type="checkbox"/> Vinorelbin <input type="checkbox"/> Annan mitoshämmare	<b>Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser</b> <input type="checkbox"/> Bleomycin <input type="checkbox"/> Doxorubicin <input type="checkbox"/> Epirubicin <input type="checkbox"/> Liposomalt doxorubicin <input type="checkbox"/> Mitoxantron <input type="checkbox"/> Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesl substans	<b>Övriga cytostatiska/cytotoxiska medel</b> <input type="checkbox"/> Altretamin <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Bortezomib <input type="checkbox"/> Cetuximab <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Irinotekan <input type="checkbox"/> Karboptatin <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Topotekan <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Annat övrigt cytotst./cytotox. medel
<b>Administrationssätt</b> (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Intravenöst <input type="checkbox"/> Intraperitonealt <input type="checkbox"/> Annat	<b>Planerad regim fullföljd</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts</b> <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak	
<b>Radioterapi (RT)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<b>Datum för start av RT</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Datum för avslutande av RT</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Typ av radioterapi</b> (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Vaginal brachyterapi <input type="checkbox"/> Extern RT mot bäckenregionen <input type="checkbox"/> Extern RT mot paraaortala området <input type="checkbox"/> Total abdominal RT <input type="checkbox"/> Intraperitoneal RT med isotoper (P32 etc) <input type="checkbox"/> Annan typ av RT			
<b>Endokrin antitumoral terapi (ET)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<b>Datum för start av ET</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>ET avslutad</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<b>Datum för avslutande av ET</b>  2 0 _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>Typ av ET</b> <input type="checkbox"/> Singeldrog <input type="checkbox"/> Multidrog <input type="checkbox"/> Sekventiell	<b>Hormoner</b> <input type="checkbox"/> Gestagen <input type="checkbox"/> GNRH-analoger <input type="checkbox"/> Annat hormon	<b>Antihormoner</b> <input type="checkbox"/> Tamoxifen <input type="checkbox"/> Torimefen <input type="checkbox"/> Fulvestrant <input type="checkbox"/> Annat antihormon	<b>Enzymhämmare</b> <input type="checkbox"/> Anastrozol <input type="checkbox"/> Letrozol <input type="checkbox"/> Exemestan <input type="checkbox"/> Annan enzymhämmare
<b>Annan antitumoral onkologisk behandling</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

<b>Personnummer:</b>	<b>Namn:</b>
<b>Behandlingsevaluering efter avslutad behandling</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Datum för responsbedömning</b> 2 0 _ _   _ _   _ _
<b>Bedömning av tumörrespons/status efter recidivbehandling</b> <input type="checkbox"/> Komplet respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) <input type="checkbox"/> Partiell respons (PR; $\geq 30\%$ minskning) <input type="checkbox"/> Stabil sjukdom (SD; $< 30\%$ minskning el $< 20\%$ storleksökning) <input type="checkbox"/> Progressiv sjukdom (PD; $\geq 20\%$ storleksökning) <input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<b>Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga)</b> <input type="checkbox"/> Palp utan narkos <input type="checkbox"/> Palp i narkos <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> PET, PET/CT
<b>Uppföljande enhet:</b>	