

# INVASIVT HUDMELANOM – ANMÄLAN

Nationellt kvalitetsregister – SweMR

Gäller även som canceranmälan

Insändes till respektive Regionalt cancercentrum	Inrapporterande sjukhus/klinik/vårdcentral/privatmottagning	Patientdata								
Ansvarig läkare: .....		Inrapporteringsdatum <table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	2	0						
2	0									
Vårdnivå på första läkarbesök <input type="checkbox"/> vårdcentral/hälsocentral <input type="checkbox"/> hudmottagning/hudklinik <input type="checkbox"/> kirurgklinik (även ÖNH. Plastik) Datum för första läkarbesök <sup>1</sup> <table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> annan vårdnivå.....			2	0						
2	0									
<b>PRIMÄRA TUMÖRDATA - CANCERANMÄLAN</b>										
<b>Lokalisation/sida</b> <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> medellinje Huvud/hals <input type="checkbox"/> läpphud, över- och under <input type="checkbox"/> ögonlock, övre och nedre samt ögonvrå <input type="checkbox"/> ytteröra, inkl yttre hörselgång <input type="checkbox"/> annan eller ospecificerad del av ansiktet <input type="checkbox"/> huvudsvål och hals/nacke Bål <input type="checkbox"/> bål, inkl anus/perianalt, axill, ljumske och perineum <input type="checkbox"/> fram <input type="checkbox"/> bak <input type="checkbox"/> inte tillämpligt Övre extremitet <input type="checkbox"/> övre extremitet och axel/skuldra <input type="checkbox"/> handflata/subungualt (fingernagel) Nedre extremitet <input type="checkbox"/> nedre extremitet och höft <input type="checkbox"/> fotsula/subungualt (tånagel)										
Tumörens lokalisation, ytterligare specifikation i klartext: .....										
<b>Första provtagningsdatum och diagnosgrund</b>										
Provtagningsdatum <table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> =Datum för första histologiska/cytologiska provtagning som ledde till diagnos (=diagnosdatum i cancerregistret) Diagnosgrund <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> cytologi			2	0						
2	0									
<b>Teledermatoskopi<sup>2</sup></b> nej ja uppgift saknas <b>Dermatoskopi</b> nej ja uppgift saknas (Behöver endast besvaras om frågan ovan besvarats med "nej" eller "uppgift saknas".)										
<b>Enbart primärtumör<sup>3</sup></b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> uppgift saknas (= inga kända metastaser) <b>Om Nej, specificera:</b> Regionala palpabla lymfkörtelmetastaser <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Satelliter/metastas in transit <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Fjärrmetastaser <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
<b>Nedanstående ifylles och tages endast vid fjärrmetastas</b> Lokalisation av fjärrmetastaser: Hud (ej regionala), muskler (M1a) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Lunga (M1b) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja Viscerala organ (M1c) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja CNS (M1d) <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja LD-prov utfört <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja uppgift saknas LD-prov förhöjt nej(0) ja(1)										
<b>TNM</b> <table border="1"> <tr> <td>T</td> <td>--</td> <td>--</td> <td>N</td> <td></td> <td>M</td> <td></td> </tr> </table> ( ) <b>T-stadium rapporteras från patologavdelning och behöver ej anges här.</b>			T	--	--	N		M		
T	--	--	N		M					

2025-03/Regionalt cancercentrum sydöst

Blanketten fortsätter på nästa sida



<sup>1</sup> Avser första läkarbesök då patienten sökte för aktuell hudförändring. Kan vara annan enhet än den inrapporterande. Om exakt datum inte är känt anges dag 15 i aktuell månad.

<sup>2</sup> Ange om bilder av hudförändringen skickats med teledermatoskopi eller bedömts med hjälp av dermatoskopi på den egna enheten.

<sup>3</sup> Enbart primärtumör "Ja" ger N0 och M0 i TNM-klassificering. Enbart primärtumör "Uppgift saknas" ger NX och M0.

**KIRURGISKA DATA****Primär kirurgi<sup>4</sup>**

Datum för primär kirurgi

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Vårdenhet som utfört primär kirurgi.....

Typ av kirurgi

 excision + sutur hudtransplantation lambåplastik amputation annat (stansbiopsi, curettage, laserexc., övrigt) .....

Patologiavd.....

PAD-nr/år.....

Tumördiameter i hela mm    mm okänt, ange orsak: .....

(största kliniska mått)

Uppmätt klinisk marginal<sup>5</sup>    mm okänt, ange orsak: .....

Utvidgad kirurgi planerad

 nej ja, på egna kliniken ja, på annan klinik:

Sjukhus: .....

SNB/Lymfkörtelkirurgi

 nej ja vet ej

Klinik: .....

planerad

Om Ja måste orsak till lymfkörtelkirurgi anges:

Diagnostisk, sentinel node (SNB)

Terapeutisk, palpabla körtlar

Annan orsak .....

**Diagnosbesked till patienten utifrån PAD-svar efter första diagnostiska ingrepp**

Datum

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Informationen har givits genom

 besök

enbart telefon

brev

annat.....

Patienten har erbjudits kontaktsjuksköterska<sup>6</sup> (vid diagnostillfället) nej ja uppgift saknas**Utvidgad kirurgi (Ska ej fyllas i av enhet som endast gjort primär kirurgi.)**

Datum för utvidgad kirurgi

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Utvidgad kirurgi ej utförd

Typ av kirurgi:

 excision + sutur hudtransplantation lambåplastik amputation annat .....

Ange orsak.....

Sjukhus och klinik/vårdcentral.....

Patologiavd.....

PADnr/år.....

Uppmätt fri marginal till operationsärr<sup>7</sup>    mm okänt, ange orsak: .....

SNB/Lymfkörtelkirurgi utförd

 nej ja

Om planerad SNB/Lymfkörtelkirurgi ej utförts, ange orsak:.....

Patienten har diskuterats på multidisciplinär konferens<sup>8</sup> nej ja

Patienten har eller har erbjudits en kontaktsjuksköterska

 nej ja (Okänt = Nej)

Neoadjuvant behandling i samband med utvidgad kirurgi/lymfkörtelkirurgi

nej

ja

Adjuvant behandling i samband med utvidgad kirurgi/lymfkörtelkirurgi

nej

ja

Uppföljning planerad

nej

ja

Uppföljande enhet: .....

Kommentar

<sup>4</sup> Första kirurgiska ingrepp som utförs med avsikt att avlägsna hela förändringen för histopatologisk undersökning<sup>5</sup> Avser klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför primärkirurgin. Anges i mm (heltal).<sup>6</sup> Avser i journalen dokumenterad kontaktsjuksköterska som patienten har namn och telefonnummer till.<sup>7</sup> Avser fri klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför den utvidgade kirurgin. Anges i mm (heltal).<sup>8</sup> Avser en konferens med minst två specialister, t ex en patolog, en kirurg och en onkolog, närvarande.