


## SweLiv- Anmälan (1b) Benigna tillstånd

Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.	
Inrapporterande sjukhus/klinik	
Inrapporterande läkare	
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) <div style="text-align: right;">  2   0                  </div>	
Datum för ankomst av remiss (20ÅÅMMDD) <div style="text-align: right;">  2   0                  </div>	Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn

VÅRDKONTAKT
<b>Datum för skälig misstanke/debut</b> 2   0
<b>Initiering av utredning (av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallvägar)</b> <input type="checkbox"/> Remiss <input type="checkbox"/> Behandlad/kontrollerad på rapporterande enhet <input type="checkbox"/> Sökt själv till rapporterande enhet
<b>Remitterande enhet (sjukhus och klinik eller annan enhet)</b> <hr/>
DIAGNOS och ICD10-kod – BENIGNA TILLSTÅND
<b>Ange en diagnos</b> <input type="checkbox"/> Abscess (leverabscess) <input type="checkbox"/> Adenomyomatos <input type="checkbox"/> Benign tumör (annan) <input type="checkbox"/> Cirros (levercirros) <input type="checkbox"/> Cysta (levercysta, enkel) <input type="checkbox"/> Echinococcus <input type="checkbox"/> Fibros i lever <input type="checkbox"/> Fokal nodulär hyperplasi (FNH) <input type="checkbox"/> Gallblåsepolyp, adenomatös <input type="checkbox"/> Cystisk dilatation av gallgång (inkl Carolis sjukdom men ej choledochuscystor) <input type="checkbox"/> Gallstenssjukdom <input type="checkbox"/> Gallgångsstriktur <input type="checkbox"/> Hamartom (leverhamartom eller biliära hamartom) <input type="checkbox"/> Hemangiom i lever <input type="checkbox"/> Hyperplastisk polyp <input type="checkbox"/> IgG4 relaterad sjukdom (sek scleroserande cholangit, retroperitoneal fibros) <input type="checkbox"/> Inflammatorisk pseudotumör i lever <input type="checkbox"/> Intraepitelial neoplasi (BilIN, lätt till måttlig dysplasi) <input type="checkbox"/> Kolangit <input type="checkbox"/> Kolecystit <input type="checkbox"/> Koledochuscysta <input type="checkbox"/> Kolesterolos (inkl kolesterolospolyp) <input type="checkbox"/> Leverdonator <input type="checkbox"/> Papillär neoplasi <input type="checkbox"/> Pelosis hepatis (telangiektasier i lever) <input type="checkbox"/> Polycystisk leversjukdom <input type="checkbox"/> Porslinsgallblåsa <input type="checkbox"/> Scleroserande kolangit

## SweLiv- Anmälan (1b) Benigna tillstånd

DEBUT	
<b>Upptäckt av tumör</b>	
<input type="checkbox"/> Klinik	
<input type="checkbox"/> Surveillance	
<input type="checkbox"/> Radiologiskt, en passant	
<input type="checkbox"/> Operativt, en passant	<b>Vid operativt upptäckt, en passant,</b>
	Ange åtgärdskod (opkod) _____
	Ange ingreppsdatum 2 0 ____ ____ ____ ____ ____ ____
<b>Finns bekräftande cytologi eller biopsi</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja, cytologi /biopsi	
<input type="checkbox"/> Ja, operationspreparat efter en passant operation	
	Om ja, ange datum för biopsi/cytologi 2 0 ____ ____ ____ ____ ____ ____
	Analyserande patologenhet _____
	Ange preparatnummer _____
	Ange preparatår 2 0 ____ ____
	Ange histomorfologisk diagnos _____
BESLUT	
<b>Behandlingskonferens</b>	<input type="checkbox"/> Regional MDK
	<input type="checkbox"/> Lokal MDK
	<input type="checkbox"/> Transplantations-MDK
	<input type="checkbox"/> Nationell MDK
	<input type="checkbox"/> Ingen MDK har genomförts
<b>Datum för multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut</b>	2 0 ____ ____ ____ ____ ____ ____
<b>Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Orsak till MDK/beslut</b>	
<input type="checkbox"/> Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar	
<input type="checkbox"/> Evaluering	
<input type="checkbox"/> Återfall efter uppnådd tumörfrihet	
<b>Ange enhet för kommande behandling/uppföljning om annan än den egna (sjukhus/klinik)</b>	_____

## SweLiv- Anmälan (1b) Benigna tillstånd

PLANERAT INGREPP/BEHANDLING OCH INTENTION	
Planeras ingrepp/behandling av lever/gallblåsa/gallgång	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja, ange behandling samt intention nedan	
<b>Resektionskirurgi</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ
	<input type="checkbox"/> Downstaging
	<input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande
<b>Ablativ behandling</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ
	<input type="checkbox"/> Downstaging
	<input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande
<b>Transplantation</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange behandlingsintention	<input type="checkbox"/> Kurativ
	<input type="checkbox"/> Downstaging
	<input type="checkbox"/> Palliativ/tumörreducerande
FUNKTIONSSTATUS	
<b>Funktionsstatus (performance enligt WHO), ange grad</b>	
<input type="checkbox"/> 0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning	
<input type="checkbox"/> 1 = Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.	
<input type="checkbox"/> 2 = Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar	
<input type="checkbox"/> 3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar	
<input type="checkbox"/> 4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.	
<input type="checkbox"/> 5 = Död	
<input type="checkbox"/> 6 = Ej känt	
TUMÖRUTBREDNING	
Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt	2   0   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _