


SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

Gäller även som klinisk canceranmälan. Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.	
Inrapporterande sjukhus/klinik	
Inrapporterande läkare	
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) 2 0 _ _ _ _ _ _	
Datum för ankomst av remiss (20ÅÅMMDD) 2 0 _ _ _ _ _ _	
Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn	

VÅRDKONTAKT

Datum för skälig misstanke/debut 2 | 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Initiering av utredning (av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallvägar)

- Remiss
 Behandlad/kontrollerad på rapporterende enhet
 Sökt själv till rapporterende enhet

Remitterande enhet (sjukhus och klinik eller annan enhet)

DIAGNOS och ICD10-kod – GALLBLÅSA OCH EXTRAHEPATISK GALLGÅNG

Ange en diagnos

- Gallblåsecancer, primär
 Gallblåsecancer, metastas
 Cancer i perihilär gallgång
 Cancer i ductus cysticus (gallblåsegången)
 Cancer i gallgång med övergripande växt alt ospecificerad lokal
 Metastas i extrahepatisk gallgång
 Ca in situ, gallblåsa
 Ca in situ, extrahepatiska gallgångar
 Tumör i gallblåsa, oklart om benign eller malign

DEBUT

Upptäckt av tumör

- Klinik
 Surveillance
 Radiologiskt, en passant
 Operativt, en passant

Vid operativ upptäckt, en passant,

Ange åtgärds kod (opkod) _____

Ange ingreppsdatum 2 | 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

Finns bekräftande cytologi eller biopsi

- Nej
 Ja, cytologi/biopsi
 Ja, operationspreparat efter en passant operation

Om ja, ange datum för biopsi/cytologi preparat 2|0|_|_|_|_|_|_|_|_|

Analyserande patologenhet _____

Ange preparatnummer _____

Ange preparatår 2|0|_|_|

Ange histomorfologisk diagnos _____

UNDERLIGGANDE SJUKDOM

Cirros

- Nej
 Ja
 Oklart

Associerad lever-/gallvägssjukdom

- Nej
 Ja

Vid ja, ange

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Alkoholsjukdom | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Autoimmun hepatit | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hemokromatos | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hepatit B | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hepatit C | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Koledochuscysta | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Kryptogen cirrhos | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Maljunction mellan pancreas och gallgång | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Non-alcoholic steatohepatitis (NASH) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Porfyri | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Primär scleroserande kolangit | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Primär biliär kolangit (PBC) | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| Annan sjukdom | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

BESLUT

- Behandlingskonferens**
- Regional MDK
 Lokal MDK
 Transplantations-MDK
 Nationell MDK
 Ingen MDK har genomförts

Datum för multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut 2|0|_|_|_|_|_|_|_|_|

Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK

- Nej
 Ja

Orsak till MDK/beslut

- Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar
 Evaluering
 Återfall efter uppnådd tumörfrihet

SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

Vid behandlingsevaluering ange respons

- Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling
- Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling
- Respons
- Stabil tumörsjukdom
- Progress
- Kan ej evalueras

Vid progress, ange typ av progress

- Ökat antal
- Storlekstillväxt
- Progress utanför lever/gallvägar

Ange enhet för kommande behandling/uppföljning om annan än den egna (sjukhus/klinik)

PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION

Planeras behandling i lever/gallblåsa/gallgång

- Nej, ange orsak
 - Funktionsstatus/comorbiditet/leverfunktion
 - Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej
 - Tumör radikalt behandlad
 - Missbruk
 - Patientens eget val
- Ja, ange behandling samt intention nedan

Resektionskirurgi

- Nej
- Ja Om ja, ange behandlingsintention
 - Kurativ
 - Kurativ men kräver fler ingrepp
 - Palliativ/tumörreducerande

Ablativ behandling

- Nej
- Ja Om ja, ange behandlingsintention
 - Kurativ
 - Kurativ men kräver fler ingrepp
 - Palliativ/tumörreducerande

Transplantation

- Nej
- Ja Om ja, ange behandlingsintention
 - Kurativ
 - Kurativ men kräver fler ingrepp
 - Palliativ/tumörreducerande

Kemoembolisering (TACE)

- Nej
- Ja Om ja, ange när/varför
 - Neoadjuvant
 - Downstaging
 - Palliativ
 - Postoperativt

Systemisk antitumoral behandling

- Nej
- Ja Om ja, ange när/varför
 - Neoadjuvant
 - Downstaging
 - Palliativ
 - Postoperativt

SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

Strålbehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange när/varför <input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Downstaging <input type="checkbox"/> Palliativ <input type="checkbox"/> Postoperativt
Annan antitumoral behandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, primär tumör (gäller metastas) <input type="checkbox"/> Ja, annan lokal
FUNKTIONSSTATUS
Funktionsstatus (performance enligt WHO), ange grad <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
LABORATORIEVÄRDEN
CA 19-9 _____ Ej känt
CEA _____ Ej känt
Bilirubin ($\mu\text{mol/l}$) _____ Ej känt
PK (INR) _____ Ej känt/ ej bedömbart pga Waran-beh
Albumin (g/l) _____ Ej känt
Kreatinin ($\mu\text{mol/l}$) _____ Ej känt/ej bedömbart pga dialys
CRP _____ Ej känt
TUMÖRUTBREDNING
Vilka radiologiska undersökningar har genomförts som underlag till beslut
MR-lever <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
CT-buk/lever <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
PET <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Radiologiskt påvisad tumör, ange antal <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ej känt/ej bedömbart

SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt 2 | 0 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Ange diameter (mm): _____

Förträngning av gallgång, ange strikturens längd (gäller gallgångscancer): _____ Ej känd

Utbredning extrahepatiska gallvägar (gäller vid cancer i extrahepatisk gallgång)

- Bismuth I, nedanför bifurkationen
- Bismuth II, inbegriper bifurkationen
- Bismuth IIIa, inbegriper första delningsstället på höger sida
- Bismuth IIIb, inbegriper första delningsstället på vänster sida
- Bismuth IV, inbegriper första delningsstället på båda sidorna
- Lokalisation i gallvägarna kan inte beskrivas utifrån Bismuth
- PAD/cytologi utan känd lokalisation i gallvägarna
- Extrahepatiska gallvägar avlägsnade

Utbredning i gallblåsa (ange ett alternativ) (gäller enbart C239,D376 gallblåsa)

- Peritonealsidan enbart av gallblåsa
- Leversida
- Ductus cysticus (ny kod ICD 11 2C14)
- Polyp

Ange storlek i mm:

- Cholecystektomi genomförd
- Ingen synlig tumör i gallblåsa
- Kan ej anges

Finns lokal tumöröverväxt (körtlar avses ej)

- Nej Ja

Om ja, ange lokal för misstänkt överväxt

- Lever
- Diafragma
- Hilarplatta
- Arteria hepatica
- Vena porta
- Peritoneum/bukvägg
- Tarm/ventrikel
- Pancreas
- Överväxt mot flera lokaler

LYMFKÖRTELMETASTASER

Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer

- Nej
- Ja
- Ej bedömt

Metastasmisstänkta generella lymfkörtelstationer

- Nej
- Ja
- Ej bedömt

SweLiv- Anmälan (1b)

Primär malignitet eller oklar förändring i gallblåsa och extrahepatisk gallgång

ÖVRIG METASTASERING
<p>Övrig metastasering</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, metastas finns</p> <p style="padding-left: 20px;">Om ja, ange lokal för metastas</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Lunga</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Lever</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Binjure</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Peritoneum</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Skelett</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Mjukdelar/hud</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Recidiv av primärtumör</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Annan</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, metastas tidigare men är behandlad och nu ej påvisbar</p>
KLINISKT TNM-STADIUM
<p>Ange T (TNM8) _____</p> <p>Ange N (TNM8) _____</p> <p>Ange M (TNM8) _____</p>