


SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk 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)	
<input type="checkbox"/> Remiss <input type="checkbox"/> Behandlad/kontrollerad på rapporterande enhet <input type="checkbox"/> Sökt själv till rapporterande enhet	
Remitterande enhet (sjukhus och klinik eller annan enhet) _____	
DIAGNOS och ICD10-kod – LEVER PRIMÄR MALIGNITET OBS separat formulär vid metastas eller oklar malignitet	
Ange en diagnos	
<input type="checkbox"/> Levercellskarcinom (HCC) <input type="checkbox"/> Hepatoblastom (C22.2) <input type="checkbox"/> Kolangiokarcinom i intrahepatisk gallgång (C22.1) <input type="checkbox"/> Blandat hepatocellulärt karcinom och kolangiokarcinom (C22.1) <input type="checkbox"/> Angiosarkom (C22.3) <input type="checkbox"/> Andra sarkom (C22.4) <input type="checkbox"/> Mesotelial cancer i lever (C22.7) <input type="checkbox"/> Intraduktal papillär tumör med invasivt karcinom. (C22.7) <input type="checkbox"/> Mucinös cystisk tumör med invasivt karcinom (C22.7) <input type="checkbox"/> Haemangioendoteliom (C22.7) <input type="checkbox"/> Annan specificerad malignitet i lever (C22.7). <input type="checkbox"/> Odifferentierat karcinom i lever och intrahepatiska gallvägar (C22.9)	
DEBUT	
Upptäckt av tumör	
<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Radiologiskt, en passant <input type="checkbox"/> Operativt, en passant	
Vid operativ upptäckt, en passant, Ange åtgärds kod (opkod) _____	
Ange ingreppsdatum 2 0	

SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång

Finns bekräftande cytologi eller biopsi

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

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

Analyserande patogenhet _____

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 |

Diabetes

- Nej
 Ja

Föreligger portal hypertension (se manual)

- Nej
 Ja
 Ej besvarat

BESLUT

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

SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång

Datum för multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut

20 | | | | | | | | | |

Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK

- Nej
 Ja

Orsak till MDK/beslut

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

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
 Storlekillväxt
 Progress till annan lokal

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

PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION

Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång

Nej, ange orsak

- Funktionsstatus/comorbiditet
 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

SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång

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

Strålbehandling

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

Annan antitumoral behandling

- Nej
 Ja

Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar

- Nej
 Ja, primär tumör (gäller metastas)
 Ja, annan lokal

FUNKTIONSSTATUS OCH LEVERFUNKTION

Funktionsstatus (performance enligt WHO), ange grad

- 0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning
 1 = Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.
 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
 3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar
 4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.
 5 = Död
 6 = Ej känt

Ascites

- Ingen
 Lättbehandlad
 Måttlig/svår
 Ej känt

Encefalopati

- Ingen
 Lätt
 Svår
 Ej känt

SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång

LABORATORIEVÄRDEN	
α -fetoprotein _____	Ej känt
CA 19-9 _____	Ej känt
CEA _____	Ej känt
Bilirubin (μ mol/l) _____	EJ känt
PK (INR) _____	Ej känt/ ej bedömbart pga Waran-behandling
Albumin (g/l) _____	Ej känt
Kreatinin (μ 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
Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt	2 0 _____
Radiologiskt påvisad tumör, ange antal	
<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6 - 10
<input type="checkbox"/>	11 eller fler
<input type="checkbox"/>	Ej känt/ej bedömbart
Finns hypervaskulära/dysplastiska/LIRAD 3-4 noduli utöver detta antal	
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Ja
Ange diameter för de största tumörerna	
Tumörförändring 1 (mm) _____	<input type="checkbox"/> mått ej känt
Tumörförändring 2 (mm) _____	<input type="checkbox"/> mått ej känt
Tumörförändring 3 (mm) _____	<input type="checkbox"/> mått ej känt
Tumörförändring 4 (mm) _____	<input type="checkbox"/> mått ej känt

SweLiv- Anmälan (1b) för primär cancer i lever och intrahepatisk gallgång

<p>Finns lokal tumöröverväxt (körtlar avses ej)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om ja, ange lokal för misstänkt överväxt</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diafragma<input type="checkbox"/> Arteria hepatica<input type="checkbox"/> Vena porta<input type="checkbox"/> Peritoneum/bukvägg<input type="checkbox"/> Tarm/ventrikel<input type="checkbox"/> Pancreas<input type="checkbox"/> Överväxt mot flera lokaler <p>Trombos i porta- eller leverven?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om ja, tumörtromb?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Oklart</p>
<p>LYMFKÖRTELMETASTASER</p> <p>Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Ej bedömt</p> <p>Metastasmisstänkta generella lymfkörtelstationer</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Ej bedömt</p>
<p>ÖVRIG METASTASERING</p> <p>Övrig metastasering</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, metastas finns</p> <p>Om ja, ange lokal för metastas</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lunga<input type="checkbox"/> Binjure<input type="checkbox"/> Peritoneum<input type="checkbox"/> Skelett<input type="checkbox"/> Mjukdelar/hud<input type="checkbox"/> Annan <p><input type="checkbox"/> Ja, metastas tidigare men är behandlad och nu ej påvisbar</p>
<p>KLINISKT TNM-STADIUM</p> <p>Ange T (TNM8) _____</p> <p>Ange N (TNM8) _____</p> <p>Ange M (TNM8) _____</p>