

## SweLiv - Avliden (4b)

Inrapporterande sjukhus/klinik	4b  <i>Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn</i>										
Inrapportör											
Inrapporteringsdatum <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		2	0								
2	0										
<b>Datum för senaste uppföljning</b>											
<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		2	0								
2	0										
<b>Tumörstatus</b>											
<b>Är patienten tumörfri i samband med död (anmäld tumör)?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt											
<b>Har patienten någonsin blivit tumörfri efter behandling?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt											
<b>Har patienten någonsin haft recidiv?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Okänt											
<b>Datum för första recidiv</b> <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> Ej känt		2	0								
2	0										
<b>Lokal för recidiv</b> Lever/gallvägar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Lunga <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Peritoneum <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Annat lokal <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja											