

<b>NLGR, NATIONELLT REGISTER FÖR CANCER I LEVER, GALLBLÅSA OCH GALLVÄGAR</b> <b>Uppföljning/Kontroll efter behandling av primär malignitet</b>  Formuläret används som underlag för elektronisk rapportering till INCA eller insändes till Regionalt cancercentrum	Personnummer: .....										
	Namn: .....										
Inrapporterande sjukhus/klinik											
Inrapportör											
Inrapportering avser <input type="checkbox"/> Tvåårsuppföljning <input type="checkbox"/> Avrapportering vid död											
Rapporteringsdatum	<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										
Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn.											

Kontrollinformation (anges 2 år efter diagnos samt för avliden patient)

Diagnos																
<b>Diagnoskod (ICD10)</b>																
<b>Lever</b> <input type="checkbox"/> C22.0 Hepatocellulär cancer (HCC) <input type="checkbox"/> C22.1 Kolangiocellulär cancer <input type="checkbox"/> C22.2 Hepatoblastom <input type="checkbox"/> C22.3 Angiosarkom i lever <input type="checkbox"/> C22.4 Andra sarkom i levern <input type="checkbox"/> C22.7 Andra spec. karcinom i levern <input type="checkbox"/> C22.9 Lever, ospecificerat	<b>Gallblåsa och gallvägar</b> <input type="checkbox"/> C23.9 Cancer i gallblåsa <input type="checkbox"/> C24.0 Extrahepatisk gallgång <input type="checkbox"/> C24.8 Elakartad tumör i gallgång som inte kan kodas med C22.0-C24.1 <input type="checkbox"/> C24.9 Gallvägar UNS															
Tumörstatus vid senast kända uppföljning																
Recidiv? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Okänt	Om ja, ange lokal: <table border="0"> <tr> <td>Lever/gallvägar</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td>Lunga</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td>Peritoneum</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td>Skelett</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td>Annan lokal</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> </table>	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	Skelett	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Annan lokal	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
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														
Skelett	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja														
Annan lokal	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja														
Om ja, datum för första recidiv efter primär behandling	<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"/> Okänt	2	0													
2	0															

Datum för senaste uppföljning	<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										
Om kontroller överförs till annat sjukhus, ange sjukhus/enhet:.....											