

## SweLiv- Onkologi (2b)

<i>Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.</i>	<h1>2b</h1>
Inrapporterande sjukhus/klirik	
Inrapporterande läkare	
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) 2 0 _ _ _ _ _ _ _ _	<i>Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn</i>

<b>VAL AV MDK</b>	
Datum för multidisciplinär konferens (MDK) eller beslut	2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
<b>BEHANDLING</b>	
<b>Behandling startad</b>	
<input type="checkbox"/> Nej, ange orsak	
<input type="checkbox"/> Dåligt allmänstillstånd/komorbiditet	
<input type="checkbox"/> Patientens val	
<input type="checkbox"/> Indikation saknas	
<input type="checkbox"/> Avliden	
<input type="checkbox"/> Annan orsak	
<input type="checkbox"/> Ja, ange startad behandling nedan	
<b>EMBOLISERING ELLER KEMOINFUSION I LEVER</b>	
<b>Embolisering etc (lokoregional antitumoral behandling ex TACE)</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange föjande	
Datum för start av behandling	2 0 _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Behandling inom ramen för en studie</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	
<b>Ange typ av lokalregional behandling</b>	
<input type="checkbox"/> Kemoembolisering MED mikrosfärer (beads)	
<input type="checkbox"/> Kemoembolisering UTAN mikrosfärer	
<input type="checkbox"/> Kemoinfusion (TAI)	
<input type="checkbox"/> Embolisering utan cytostatika	
<input type="checkbox"/> Yttriumbehandling (SIRT)	
<input type="checkbox"/> Annan/kombinerad behandling	
<b>SYSTEMISK ANTITUMORAL BEHANDLING</b>	
<b>Systemisk antitumoral behandling</b>	
<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange föjande	
Startdatum	2 0 _ _ _ _ _ _ _ _

ICD-10 \_\_\_\_\_

**ECOG-(WHO)**

- 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 i 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.

**Behandlingsintention**

- Kurativ
- Palliativ

Ange samtliga antitumorala läkemedel \_\_\_\_\_

Ange studieläkemedel/placebo \_\_\_\_\_

**STRÅLBEHANDLING**

**Strålbehandling**

- Nej
- Ja **Om ja, ange föjande**

Datum för start av strålbehandling 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

**Behandling inom ramen för en studie**

- Nej
- Ja

Ange lokal för strålning

**Lokalt i lever/gallväggar**

- Nej
- Ja

**Metastas, annan lokal**

- Nej
- Ja