

NLGR, NATIONELLT REGISTER FÖR CANCER I LEVER, GALLBLÅSA OCH GALLVÄGAR Uppföljning/Kontroll efter behandling av primär malignitet Formuläret används som underlag för elektronisk rapportering till INCA eller insändes till Regionalt cancercentrum	Personnummer: PERSNR, LOPNR
	Namn: FNAMN, ENAMN
Inrapporterande sjukhus/klinik u_inrapphet — u_inrapphenhsjh, u_inrapphenhklk	u_initav u_monkomm u_kompl
Inrapportör u_inrapportor	
Inrapportering avser u_inrapavser <input type="checkbox"/> Tvåårsuppföljning <input type="checkbox"/> Avrapportering vid död	
Rapporteringsdatum 2 0 u_rappdatum	
Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn.	

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

Diagnos																
Diagnoskod (ICD10) u_diakod																
Lever <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	Gallblåsa och gallvägar <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? u_recidiv <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Okänt	Om ja, ange lokal: <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Lever/gallvägar</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja u_recloklevgal</td> </tr> <tr> <td>Lunga</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja u_recloklunga</td> </tr> <tr> <td>Peritoneum</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja u_reclokperit</td> </tr> <tr> <td>Skelett</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja u_reclokskel</td> </tr> <tr> <td>Annan lokal</td> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ja u_reclokannan</td> </tr> </table>	Lever/gallvägar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_recloklevgal	Lunga	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_recloklunga	Peritoneum	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokperit	Skelett	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokskel	Annan lokal	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokannan
Lever/gallvägar	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_recloklevgal														
Lunga	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_recloklunga														
Peritoneum	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokperit														
Skelett	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokskel														
Annan lokal	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja u_reclokannan														
Om ja, datum för första recidiv efter primär behandling 2 0 u_datforstarec	<input checked="" type="checkbox"/> Okänt u_datforstarecokant															

Datum för senaste uppföljning 2 0 u_datsehastuppf
Om kontroller överförs till annat sjukhus, ange sjukhus/enhet: u_kontannatsjh — u_kontannatsjhkod, u_kontannatkklkod