

NATIONELLT MESOTELIOMREGISTER		Namn/Personnummer	
REGISTRERINGSBLANKETT		Gäller fr o m 180101	
Läkare			
Klinik, sjukhus			
		År	Mån
Datum när remissen skrevs till utredande klinik		Dag	
		År	Mån
Datum då remiss registrerades vid utredande klinik		Dag	
		År	Mån
Datum för första läkarbesök vid utredande klinik		Dag	
Asbestexponerad <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Rökstatus			
<input type="checkbox"/> Rökare (daglig rökning under minst ett år) <input type="checkbox"/> Före detta rökare (rökfri > ett år) <input type="checkbox"/> Aldrig rökare (eller endast feströkt)			
GRUND FÖR DIAGNOS/DIAGNOSDATUM			
<input type="checkbox"/> Klinisk diagnos (klin us + rtg)		Visandedatum ¹	
<input type="checkbox"/> Cytologi		Morfologisk diagnos ²	
<input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> Px <input type="checkbox"/> Operationsresektat		Patologi Lab _____	
PAD/CYT- nr _____		År _____	
DIAGNOS			
<input type="checkbox"/> Thorakalt Mesoteliom Sida <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Bilateralt			
<input type="checkbox"/> Lungsäck UNS <input type="checkbox"/> Hjärta, pericardium <input type="checkbox"/> Främre mediastinum <input type="checkbox"/> Bakre mediastinum <input type="checkbox"/> Mediastinum UNS			
<input type="checkbox"/> Överväxt till/från angränsande sublokal inom hjärta, lungmellanrum, lungsäck med okänt ursprung			
<input type="checkbox"/> Tunica Vaginalis Mesoteliom Sida <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Bilateralt			
<input type="checkbox"/> Bukmesoteliom			
<input type="checkbox"/> Bukhinna, icke specificerad del, och bukhåla <input type="checkbox"/> Retroperitonealt rum			
<input type="checkbox"/> Bukhinna, specificerad del (t.ex. oment och fossa Douglasi)			
<input type="checkbox"/> Överväxt till/från angränsande sublokal med okänt ursprung			
Typ av Mesoteliom			
<input type="checkbox"/> Epiteloid typ <input type="checkbox"/> Sarkomatös typ <input type="checkbox"/> Blandform epiteloid/sarkomatös <input type="checkbox"/> Övrigt _____			
cTNM, KLINISK STADIEINDELNING VID BEHANDLINGSBESLUT (Se blankettens baksida)			
T:	N:	M:	Sammanfattande stadium
UTREDNING (utöver klinisk undersökning + röntgen)			
Thorakoskopi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	PET	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
CT thorax	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Laparoskopi (vid bukmesoteliom)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Mediastinoskopi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	VATS	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
UL/CT övre buk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Transtorakal biopsi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annat	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja _____	
PLANERAD BEHANDLING <input type="checkbox"/> Patienten avled före behandlingsbeslut			
Har rekommendation fattats vid multidisciplinär konferens		Datum för behandlingsbeslut tillsammans med patienten	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja ange datum för MDK _____ (ååmmdd)		_____ (ååmmdd)	
Om JA markera alla professioner som var med på MDK			
<input type="checkbox"/> Lungmed. <input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Thoraxkir. <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Klin fys <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Kontakt ssk <input type="checkbox"/> Övrig ang _____			
Har patienten tilldelats kontaktsjuksköterska <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej Är patienten ansluten till palliativa team <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Performance status vid behandlingsbeslut (WHO 0-4) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
<input type="checkbox"/> Ingen aktiv tumörbehandling			
Läkemedelsbehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Specificera	<input type="checkbox"/> Mot primärtumör <input type="checkbox"/> Mot portar <input type="checkbox"/> Mot fjärrmetastas/-er
Radioterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	Specificera	<input type="checkbox"/> Pleurektomi <input type="checkbox"/> EPP Ange klinik: _____
Kirurgi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	Specificera	
Hipec	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Besvaras endast vid Bukmesoteliom)		

Planeras patienten ingå i klinisk studie? Nej Ja Vilken? _____

Planerad behandling ej genomförd

Datum för 1:a behandlingsstart | AA | MM | DD | Vilken behandling? _____

Remitterad till annat sjukhus, klinik/Behandlande klinik _____

1. **Visandedatum** = Datum för första undersökning där tumör kan misstänkas.
2. **Morfologisk diagnos** = Första cytologiska/histologiska provtagning som verifierar cancer.
3. **Sammanfattande stadium**
4. **Performance status**

Performance status enligt 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 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 helt bunden till säng eller stol.

cTNM-klassifikation, 8th edition of TNM	Stadieindelning
<p>T1 Tumör begränsad till ipsilateral parietal eller visceral pleura, med eller utan engagemang av vicerala pleura mediastinalt eller diafragmalt</p> <p>T2 Tumören engagerande varje pleural yta (parietal, mediastinal, diafragmal och visceral) samt något av följande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inväxt i diafragmamuskulaturen - Tumörväxt från visceralpleura in i lungparenkymet <p>T3 Som ovan samt något av följande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inväxt i facia endothoracica - Inväxt i mediastinalt fett - Solitära, respektabla områden med inväxt i bröstkorgsväggens mjukdelar - Inväxt i men ej genomväxt av perikardiet <p>T4 Som ovan samt något av följande</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffus växt i bröstkorgsväggens mjukdelar eller inväxt i revben - Genomväxt av diafragma in i peritoneum - Direkt överväxt till contralaterala pleura - Direkt överväxt till mediastinala organ - Inväxt i kotor - Genomväxt av pericardium med eller utan effusion - Inväxt i myocardium <p>T3 beskriver lokalt avancerad men potentiellt resektabel tumör. T4 beskriver lokalt avancerad tumör som tekniskt inte är resektabel.</p>	<p><u>Stadium IA</u> T1 N0 M0</p> <p><u>Stadium IB</u> T2, T3 N0 M0</p> <p><u>Stadium II</u> T1, T2 N1 M0</p> <p><u>Stadium IIIA</u> T3, N1, M0</p> <p>Stadium IIIB T1, T2, T3 N2. M0 T4 N0, N1, N2 M0</p> <p><u>Stadium IV</u> T1, T2, T3, T4 N0, N1, N2 M1</p>
<p>N0 Inga lymfkörtelmetastaser</p> <p>N1 Lymfkörtelmetastas i lungan eller lunghilus Metastas ipsilateral mediastinum eller subcarnialt eller ipsilaterala lymfkörtlar längs arteria mammaria interna och pediafragmalt.</p> <p>N2 Metastser till contralaterala mediastinum, contralaterala mammaria interna samt ipsi- eller contralaterala supraclaviculära lymfkörtlar.</p>	

180321KO

Stadieindelning I-IV					
M0	T1	T2	T3	T4	
N0	IA	IB	IB	IIIB	IV
N1	II	II	IIIA	IIIB	IV
N2	IIIB	IIIB	IIIB	IIIB	IV
	IV	IV	IV	IV	M1