

Uppgiftslämnare	Personnummer -
Sjukhus/klinik	
Ansvarig läkare:	Namn _____
Rapporteringsdatum	Insändes till regionalt cancercentrum

Kemoterapi

Finns behandlingsrekommendation från nationell multidisciplinär konferens? Nej Ja, datum

År	Mån	Dag

Behandlingsindikation? Neoadjuvant Adjuvant
 Palliativt Biverkningar av föregående behandling Recidiv Bristande effekt

Riskfaktorer vid neoadjuvant/adjuvant indikation? (Flera alternativ kan fyllas i)

Före ILND och PLND	<input type="checkbox"/> Pelvin lymfkörtelmetastasering	Efter ILND eller PLND	<input type="checkbox"/> ≥ 2 lymfkörtelmetastaser
	<input type="checkbox"/> Periglandulär tumörväxt		<input type="checkbox"/> Periglandulär tumörväxt
	<input type="checkbox"/> Lymfkörtelmetastas 3cm eller större		<input type="checkbox"/> Cloquets lymfkörtel engagerad
	<input type="checkbox"/> ≥ 3 lymfkörtelmetastaser		
	<input type="checkbox"/> T4 tumörer		

Har radiologisk undersökning använts vid handläggningen? Ja, vilken PET/CT CT MR Nej
 Datum för undersökningen?

År	Mån	Dag

WHO Performance status? **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.

Kemoterapi startdatum:

År	Mån	Dag

Kemoterapi slutdatum:

År	Mån	Dag

Antal cykler: _____

Recidivbehandling? Nej Ja, 1:a linjens behandling Ja, ≥2:a linjens behandling

Regim? PIC(Paclitaxel, Ifosfamid, Cisplatin) PICarbo (Paclitaxel, Ifosfamid, Carboplatin) Annan _____

Anledning behandlingsavslut? Enligt protokoll Bristande effekt Annan anledning _____
 Toxicitet, om ja (Endast grad 3 el 4 biverkningar) ange vilken
 Allvarlig infektion Lpk Hb Tpk Kreatinin
 Annat _____

Mätbar sjukdom? Nej Ja **Med vilken röntgenmetod har utvärdering skett?** PET/CT CT MR

Bästa tumörrespons? CR PR SD PD Kan inte bedömas

Fortsatt behandling? ingen ytterligare behandling Kemoterapi Kirurgi Radioterapi Annan _____
 (Ny blankett fylls i Vb)

Fortsatt uppföljning vid sjukhus/klinik _____

INSTRUKTIONER för ifyllande av formuläret Kemoterapi

Behandlingsindikation?	Ange vad som är tänkt med behandlingen. På vilken indikation den ges. Kan ändras över tiden. Endast ett av alternativen kan anges per tillfälle och formulär.		
WHO-Performance status?	Är en bedömning av allmäntillståndet, patientens generella välbefinnande och aktiviteter i det dagliga livet. 0-3 kan anges.		
Recidivbehandling?	Anges om det är en primärbehandling eller en recidivbehandling som rapporteras in. Om Ja för recidiv, ange om det är första linjens eller mer än andra linjens behandling som rapporteras in.		
PIC	Paclitaxel, Ifosfamid, Cisplatin. Ange även antalet givna cykler.		
PICarbo	Paclitaxel, Ifosfamid, Carboplatin. Ange även antalet givna cykler.		
Gradering av toxicitet enl. WHO 1979: <i>Gäller endast vid en grad 3 eller grad 4 toxicitet</i> * UNL= övre normalgränsen	<u>Biverkan:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Kreatinin: • Hb: • Lpk: • Tpk: • Allvarlig infektion • Annat 	<u>Grad:3</u> 5-10 x UNL* 65-79g/L 1,01,9(10 ⁹ /L) 25-49(10 ⁹ /L) Svår infektion som kräver antibiotika(3) Ange i fri text	<u>Grad:4</u> >10 x UNL* < 65g/L < 1,0(10 ⁹ /L) < 25 (10 ⁹ /L) Livshotande infektion med blodtryckspåverkan(4)
Mätbar sjukdom	Lesioner som är över 1 cm klassas som mätbara		
Bästa tumörrespons	Ett av följande alternativ anges: CR , komplett respons PR , partiell respons SD , stabil sjukdom PD , progressiv sjukdom Kan inte bedömas Den samlade kliniska bedömningen är grunden till bedömningen.		