

Uppgiftslämnare:	Personnummer - År mån dag
Sjukhus/klinik:	
Ansvarig läkare:	
Rapporteringsdatum	Namn _____
År Mån Dag	Insändes till regionalt cancercentrum

Primärbehandling

Primärbehandling given	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, om nej ange orsak, <input type="checkbox"/> ålder <input type="checkbox"/> komorbiditet <input type="checkbox"/> patientens önskan <input type="checkbox"/> Annan orsak
Syftet med behandlingen?	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Palliativ	År mån dag
Har patienten föredragits vid nationell MDK? (Om ja ange datum för första tillfället pat togs upp på ronden)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	 Om Ja ange datum
Har patienten blivit bedömd vid ett nationellt centrum?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	 Om Ja ange datum
Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten?		 Ange datum
Har patienten behandlats vid ett av de nationella centrumen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om Nej, var har patienten blivit behandlad?		<input type="checkbox"/> Regionalt centrum <input type="checkbox"/> Anmälände sjukhus
Har patienten en namngiven kontaktsjuksköterska på den behandlande kliniken?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Är patienten inkluderad i klinisk studie?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Radiologisk primärutredning?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ultraljud (ljumskar) <input type="checkbox"/> CT-thorax <input type="checkbox"/> CT-Buk <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> MR (Flera alternativ kan anges)
Kirurgisk behandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukhus/klinik _____
(Glöm inte att fylla i separat kirurgiblankett)		
Dermatologisk behandling?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukhus/klinik _____ Datum
	<input type="checkbox"/> Imiquimod <input type="checkbox"/> 5-FU <input type="checkbox"/> PDT	Annan beh _____
Radioterapi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukhus/klinik _____
(Glöm inte att fylla i separat RT-blankett)		
Behandlingsindikation?	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliativt <input type="checkbox"/> Annan indikation	_____
Kemoterapi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sjukhus/klinik _____
(Glöm inte att fylla i separat KT-blankett)		
Behandlingsindikation?	<input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliativt <input type="checkbox"/> Annan indikation	_____
Uppföljande sjukhus/klinik _____		

INSTRUKTIONER för ifyllande av formuläret

Primärbehandling

Har patienten blivit bedömd vid ett nationellt centrum?	Ange datum när den första bedömningen sker. Nationella center är: Urologkliniken, Universitetssjukhuset Örebro Urologkliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö
Har patienten behandlats vid ett av de <u>nationella</u> centrumen?	Ange det datum som patienten kommer på sitt första besök till det nationella centrat. Nationella centrum: Urologkliniken, Universitetssjukhuset Örebro Urologkliniken, Skånes Universitetssjukhus Malmö
Följande sjukhus är regionala centrum:	Urologkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg Urologkliniken, Södersjukhuset Stockholm Urologkliniken, Universitetssjukhuset Linköping Urologkliniken, Universitetssjukhuset Umeå Ange det datum som patienten kommer på sitt första besök
Radiologisk primärutredning	Ange typ samt datum för någon form av bilddiagnostik som genomförts för utredning av N- och M-stadie. Flera alternativ kan anges.