

Nationellt kvalitetsregister för peniscancer

Gäller from 2015-09-01

4B Radioterapibehandling- vid primär diagnos, generaliserad sjukdom samt vid recidiv

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

Radioterapi

Finns behandlingsrekommendation från nationell multidisciplinär konferens? Nej Ja, datum

År Mån Dag

Behandlingsindikation? Neoadjuvant Adjuvant

Palliativ Kvarvarande tumör efter operation Inoperabel tumör

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"/> Fixerade lymfkörtelmetastaser		
	<input type="checkbox"/> T4 tumörer		

Har radiologisk undersökning använts vid handläggningen? Ja, vilken PET/CT CT MR

Nej

År Mån Dag

Target?

<input type="checkbox"/> Lymfkörtelstation(er):	Inguinalt <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/>	Gy/fraktioner: _____	Antal fraktioner: _____
	Vänster <input type="checkbox"/>	_____	_____
	Pelvint <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/>	_____	_____
	Vänster <input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Primärtumör		_____	_____
<input type="checkbox"/> Annan lokal _____		_____	_____

WHO Performance status?

<input type="checkbox"/> 0 Klarar all normal aktivitet utan begränsning.	<input type="checkbox"/> 1 Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.	<input type="checkbox"/> 2 Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar	<input type="checkbox"/> 3 Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar.
--	--	--	---

Radioterapi startdatum: År Mån Dag

Radioterapi slutdatum: År Mån Dag

Konkomitant Cisplatin? Nej Ja, ange antal Cisplatin-kurer: _____

Anledning behandlingsavslut? Enligt protokoll Bristande effekt Toxicitet, vilken: _____ Annan _____

Bästa tumörrespons? CR PR SD PD Kan inte bedömas

Fortsatt behandling? ingen ytterligare behandling Kemoterapi Kirurgi Annan _____

(Ny blankett fylls i vb)

Fortsatt uppföljning vid sjukhus/klinik _____ 2016-01-01/JB

INSTRUKTIONER för ifyllande av formuläret Radioterapi

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.
Target	Målområde som blivit strålbehandlat
Performance status	Är en bedömning av allmäntillståndet, patientens generella välbefinnande och aktiviteter i det dagliga livet. 0-3 kan anges.
Konkomitant Cisplatin	Kemoterapibehandling med Cisplatinbaserat preparat som ges under pågående strålbehandling.
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.