

**NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR
TYREOIDEACANCER**
**Status efter primärbehandling, 9-12 månader
(i regel 9-12 månader efter primäroperation)**

Formuläret används som underlag för elektronisk rapportering till INCA eller insändes till Regionalt cancercentrum

 Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering
Summerar upp status och given behandling 9-12 månader efter avslutad primärbehandling (i regel 9-12 månader efter primärooperationsdatum)

Inrapporterande sjukhus/klinik

Ansvarig läkare

Datum för inrapportering (20ÅÅMMDD)

2 | 0 | | | | | | |

Personnummer:.....

Namn:.....

Sammanfattande tumörbedömning

Datum för sammanfattande bedömning av tumörstatus 2 | 0 | | | | | | |

Tumörstatus
 Tumörfri (Negativa tumörmarkörer och ej klinisk verifierbar sjukdom)

 Ej tumörfri

Biokemiskt verifierbar sjukdom

Nej

Ja

Kliniska fynd

Nej

Ja (Om Ja, specificera nedan)

Lokalt

Nej

Ja

Regionalt

Nej

Ja

Fjärr

Nej

Ja (Om Ja, specificera under fjärrmetastaser)

 Ej bedömbart

Svårtolkade tumörmarkörer

Nej

Ja

Oklara kliniska fynd

Nej

Ja

Missstänkt otillräcklig RI-ablation

Nej

Ja

Fjärrmetastaser

Lunga

Nej

Ja

Lever

Nej

Ja

CNS

Nej

Ja

Skelett

Nej

Ja

Distans-igf

Nej

Ja (Om Ja, specificera nedan)

Torax

Nej

Ja

Buk

Nej

Ja

Övrigt

Nej

Ja

Laborativvärden (Basala)
TSH: Ej utfört Utfört

| | | |

, | | | |

mIE/l

Datum för provtagning

2 | 0 | | | | | | |

Referensintervall (min)

| | | |

, | | | |

mIE/l

-

| | | |

mIE/l

(max)

Tg-status: Ej utfört Utfört

| | | | | |

, | | |

µg/L

Datum för provtagning

2 | 0 | | | | | | |

Referensintervall

| | | | | |

, | | |

µg/L

-

| | | | | |

µg/L

Tg-Ak: Ej utfört Utfört

| | | | | |

, | | | |

kE/L

Datum för provtagning

2 | 0 | | | | | | |

Referensintervall

| | | | | |

, | | | |

kE/L

-

| | | | | |

kE/L

Fortsätter på sida 2 ->

Calcitonin: Ej utfört Utfört _____, _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____, _____ - _____, _____

om utfört ange enhet: pmol/L ng/L

CEA: Ej utfört Utfört _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____ - _____

µg/L µg/L

Laboratorievärden (Stimulerade)

Stimulerade laboratorievärden? Nej Ja

Om Ja: Rekombinant TSH Endogent TSH

TSH: Ej utfört Utfört _____, _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____

mIE/l Se **Laboratorievärden (Basala)**

Tg-status: Ej utfört Utfört _____, _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____

µg/L Se **Laboratorievärden (Basala)**

Tg-Ak: Ej utfört Utfört _____, _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____

kE/L Se **Laboratorievärden (Basala)**

Calcitonin: Ej utfört Utfört _____, _____ Datum för provtagning **20** _____ Referensintervall _____

Ange högsta värde Se **Laboratorievärden (Basala)**

om utfört ange enhet: pmol/L ng/L

Kompletterande kirurgi efter blankett 1

Genomförd kirurgi utöver primärbehandling (dvs utförd efter blankett 1): Nej Ja

Om, ja: [antal operationstillfällen och datum för första och sista behandling skall anges]

Antal reoperationstillfällen: | | |

Datum första reop **20** _____

Datum senaste reop **20** _____

Summering av utförd kompletterande kirurgi (efter blankett 1):

Reoperation tyreoida Nej Ja

Reoperation/kompletterande lymfkörtelutrymning Nej Ja

Om Lymfkörtelutrymning: VI Nej Ja

Ipsilateralt II-IV Nej Ja

Ipsilateralt V Nej Ja

Kontralateralt II-IV Nej Ja

Kontralateralt V Nej Ja

Annat Nej Ja

Specificerat

Radiojodbehandling

Genomförd radiojodbehandling

Nej Ja

Om Nej: Enligt vårdprogram Annat, ange orsak

Om ja: Datum för första behandling **20** _____ Given aktivitet (totalt) _____ GBq

Fortsätter på sida 3 ->

Patienten avslutas i registretPatienten avslutas i registret Nej JaOm Ja, ange orsak Enligt vårdprogram
 Död
 Annat

Om Död, ange dödsdatum

2 0 | | | | | |

Avliden med tyreoideacancer

 Nej Ja

Om Avliden med tyreoideacancer, specificera

 Död av sjukdomen
 Död med sjukdomen
 Vet ej