

Analcancer – Kirurgi (K) – fyll i en blankett per ingrepp

Sjukhus, klinik		Personnr	
Läkare		Namn	
InrapporteringsdatumÅr-mån-dag		Insändes till Regionalt cancercentrum	
<input type="checkbox"/> Komplet registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas			
Typ av kirurgiskt ingrepp			
Behandlande sjukhus/klinik (om annan än inrapporterande)			
Lokoregional tumörresektion <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Uppläggning av stomi (utan tumörresektion, t ex innan start av behandling)		Typ av stomi <input type="checkbox"/> Ileostomi <input type="checkbox"/> Kolostomi	
Resektion av metastaser <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja →		<input type="checkbox"/> Levermetastas/-er, datum..... <input type="checkbox"/> Lungmetastas/-er, datum..... <input type="checkbox"/> Annan metastas, datum..... Annan metastas, vad.....	
Kirurgi pga komplikationer efter onkologisk behandling (utan kvarvarande tumör) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum			
Nedläggning av stomi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum			
Tumörresektion			
Radikalitet <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2		Datum tumörresektion	
Indikation för lokoregional tumörresektion		<input type="checkbox"/> Primär resektion <input type="checkbox"/> Residualtumör <input type="checkbox"/> Lokalrecidiv	
Typ av lokoregional tumörresektion		<input type="checkbox"/> APR extrasfinkteriskt → Laparoskopiskt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bäckensexenteration → Slutning av det perineala såret <input type="checkbox"/> Primärsuturering utan lambå <input type="checkbox"/> Primärsuturering med nät <input type="checkbox"/> Primärsuturering med gluteus maximuslambå <input type="checkbox"/> Primärsuturering med trans-abdominell lambå <input type="checkbox"/> Lokal exstirpation av (peri)anal tumör <input type="checkbox"/> Lokal exstirpation av lymfkörtelmetastas <input type="checkbox"/> Annat.....	
Behandlingskomplikationer (utan kvarvarande tumör)			
Typ av ingrepp		<input type="checkbox"/> APR extrasfinkteriskt → Laparoskopiskt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> APR intrasfinkteriskt → Laparoskopiskt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ileostomi, datum.....år-mån-dag <input type="checkbox"/> Kolostomi, datum.....år-mån-dag <input type="checkbox"/> Hartmann,datum.....år-mån-dag <input type="checkbox"/> Annat kirurgiskt ingrepp, datum.....år-mån-dag Annat kirurgiskt ingrepp, vad.....	
Reoperation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum		Orsak <input type="checkbox"/> Sårruptur abdominellt <input type="checkbox"/> Sårruptur perinealt <input type="checkbox"/> Mekaniskt ileus <input type="checkbox"/> Anastomosläckage <input type="checkbox"/> Blödning <input type="checkbox"/> Djup bukinfektion <input type="checkbox"/> Lambåkomplikation <input type="checkbox"/> Övrigt	