

Analcancer – Onkologi (O)

Sjukhus, klinik	Personnr
Läkare	Namn
Inrapporteringsdatum År-mån-dag	<i>Insändes till</i> Regionalt cancercentrum
<input type="checkbox"/> Komplet registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas	
Typ av onkologisk behandling	
Behandlande sjukhus/klinik (om annan än inrapporterande)	
Strålbehandling (S) – fyll i en blankett per strålbehandlingsomgång	
Strålbehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Startdatum år-mån-dag
	Slutdatum år-mån-dag
Gavs hela den planerade strålbehandling?	<input type="checkbox"/> Nej ↓ <input type="checkbox"/> Ja
Om nej, orsak	<input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Nedsatt allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Annan orsak
Strålteknik	<input type="checkbox"/> 3D-DT <input type="checkbox"/> IMRT (inkluderar VMAT, tomoterapi) <input type="checkbox"/> Protoner - (Vid registrering i INCA, ange "Annan" och "Annan strålteknik: Protoner") <input type="checkbox"/> Annan
Bestrålning mot (Här anges den givna stråldosen – inte den planerade)	
Primärtumör	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, totaldos Gy, antal fraktioner
Lymfkörtelmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, totaldos Gy, antal fraktioner
Adjuvanta lymfkörtlar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, totaldos Gy, antal fraktioner
Skelettmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, totaldos Gy, antal fraktioner
Annat	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, totaldos Gy, antal fraktioner
Ange, vad	
Cytostatikabehandling (C) – fyll i en blankett per behandlingsomgång	
<i>Om neoadjuvant cytostatika och konkomitant cytostatika är olika regimer ska 2 olika blanketter fyllas i</i>	
Cytostatikabehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Startdatum år-mån-dag
Antal cykler	Slutdatum år-mån-dag (Startdatum för sista cykeln)
Preparat (i cykel 1, ev preparatbyte under en behandlingslinje registreras ej)	
Preparat	<input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Karboplatin <input type="checkbox"/> 5FU bolus <input type="checkbox"/> 5FU infusion <input type="checkbox"/> Capecitabin <input type="checkbox"/> Mitomycin C <input type="checkbox"/> Cetuximab <input type="checkbox"/> Panitumumab <input type="checkbox"/> Paklitaxel <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Annat