

## Canceranmälan/registreringsblankett – Cancer coli-recti (adenocarcinom)

<b>Opererande / behandlande Sjukhus, klinik</b>	<b>Personnr</b>
.....	<b>Namn</b>
Läkare	<i>Insändes till</i>
.....	Regionalt cancercentrum
Insändes efter utredning till resp Regionalt cancercentrum (kopia kan behållas i journal)	

## I. Utredning

Diagnosdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	År	Mån	Dag	
Datum för remissens utfärdande	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	År	Mån	Dag	
Datum för ankomst av remiss	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	År	Mån	Dag	Endast klinisk diagnos <input type="checkbox"/> Ja
1:a läkarbesök kirurgklinik	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	År	Mån	Dag	Screeningupptäckt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preterapeutisk staging avseende primärtumör	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> Rektalt ultraljud
Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> Lungrtg <input type="checkbox"/> PET/CT
Preterapeutisk staging avseende levermetastaser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> PET/CT
Utfall av preterapeutisk staging/utredning	<input type="checkbox"/> cT1-2	<input type="checkbox"/> cN0	<input type="checkbox"/> cM0		
	<input type="checkbox"/> cT3	<input type="checkbox"/> cN1-2	<input type="checkbox"/> cM1	Lever <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> cT4	<input type="checkbox"/> cNX		Lunga <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> cTX				
Hotad MRF/MCF	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
Positiv MRF/MCF	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas			

## II. Behandling, operation

Tumörlokalisering	<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Rektum	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart
Rektoskopi, nedre tumörnivå: .....	cm från anus (gäller rektalcancer)		
Tumörläge (separat blankett ifylles för varje tumör om multipla tumörer)			
1 <input type="checkbox"/> Appendix	4 <input type="checkbox"/> Flexura hepatica	7 <input type="checkbox"/> Descendens	
2 <input type="checkbox"/> Caecum	5 <input type="checkbox"/> Transversum	8 <input type="checkbox"/> Sigmoidium	
3 <input type="checkbox"/> Ascendens	6 <input type="checkbox"/> Flexura lienalis	9 <input type="checkbox"/> Ej bedömbart	
Preterapeutisk bedömning i multidisciplinär terapigrupp	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		År	Mån
- om ja, bedömd av:	<input type="checkbox"/> Kirurg	<input type="checkbox"/> Onkolog	<input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Ssk
Ytterligare behandling planerad inför operation av primärtumör	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Preop strålbehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....		
Preop cytostatikabehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....		
Preop peroral tarmförberedelse	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Preop avlastning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
- om ja, Intentionen temporär	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Stent	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Stomi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

## II. (forts)

Terapeutisk åtgärd  Nej  Ja Åtgärdsdatum     
 År Mån Dag

## Kirurgisk åtgärd

- Enbart stent  
 Endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd)  
 Operation

## Elektiv/akut operation

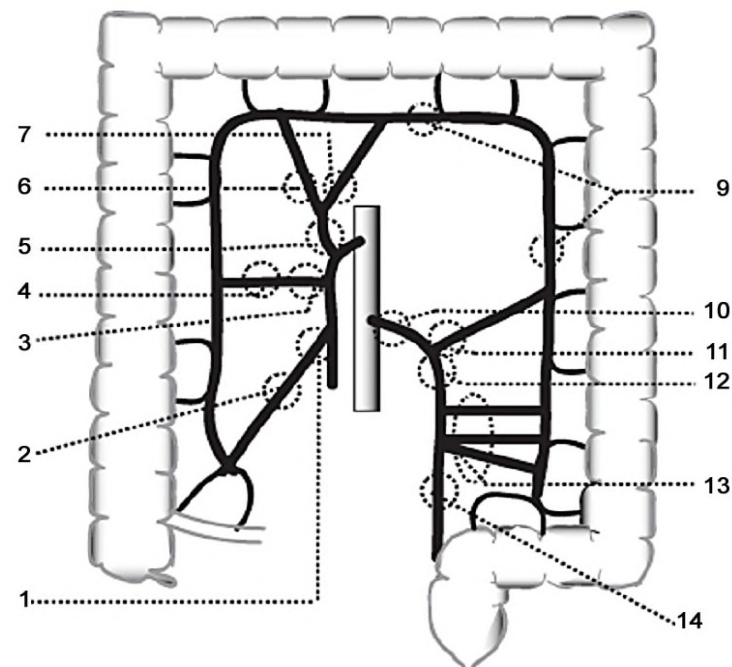
- Elektiv  
 Akut op pga  Ileus  
 Perforation/abscess  
 Blödning  
 Annat, vad .....

Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren

- Placering av proximal kärlligatur ej angivet  Ej tillämpligt

## Utförd operation

- 1  Ileocekal resektion  
 2  Högersidig hemikolektomi  
 3  Transversumresektion  
 4  Vänstersidig hemikolektomi  
 5  Sigmoidumresektion  
 6  Kolektomi  
 7  Främre resektion  utan reservoir  
 m reservoir / sida-ända  
 8  Rektumamputation  
 9  Hartmann's operation  
 10  TEM  
 11  Lokal excision  
 12  Laparotomi utan resektion  
 14  Appendektomi  
 13  Annan op, vilken.....



Om a colica dx avgick från a ileocolica;  
 markera 1 om Ni tog med a col dx; 2 om Ni sparade den

Resektion av annat organ  Nej  Ja, specificera .....

Samtidig levermetastasop  Nej  Ja

Laparoskopisk operation  Nej  Ja om ja - Robotassisterad  Nej  Ja  
 - Konverterad  Nej  Ja

Skyddande stomi  Nej  Ja

Permanent stomi  Nej  Ja

Perop sköljning av rektum  Nej  Ja

Perop kolon-/rektumperforation  Nej  Ja om ja - Tumörnära perforation  Nej  Ja  Ej angivet  
 - Spontan/iatrogen perforation  Spontan  Iatrogen  Ej angivet

## Operationen bedömdes:

- Lokalt radikal  Nej  Ja  Ej bedömbart  Tveksam  
 - Kurativ  Nej  Ja  Ej bedömbart  Tveksam

## Kirurgisk kompetens vid op

(kryssa i samtliga)

- ST/ul  
 Specialist  
 Spec, kolorektal inriktning  
 Ackrediterad kolorektalkirurg

Knivtid Start kl:  :  Slut kl:  :

ASA-klass (enligt anestesijournal):

1  2  3  4  5

Längd: ..... cm  Längd ej dokumenterad

Perop blödning (enligt anestesijournal): ..... ml

Vikt: ..... kg  Vikt ej dokumenterad

## III. Tumörstadium – operationsfynd och PAD

Adenocarcinom  Nej  Ja

## T-stadium

 TX T0
 T1 →  T1sm1  
 T1sm2  
 T1sm3  
 sm-klass framgår ej
 T2
 T3 →  T3A/B  
 T3C/D  
 T3 A/B/C/D framgår ej

 T4 → Serosagenomväxt  Nej  Ja  
Överväxt till annat organ  Nej  Ja
Antal undersökta körtlar: .....  Ej angivetMikroskopiskt radikal (=ingen växt i resektionsrand)  Nej  JaMucinös cancer  Nej  JaTD (diskreta fria tumörhärdar utan lymfkörtel- eller kärlrest)  Nej  JaPerineural växt påvisad  Nej  JaKärlinväxt påvisad  Nej  JaDifferentieringsgrad  Högt/medelhögt = low grade  Lågt/odiff = high grade  Ej angivetMinsta cirkumferentiell resektionsmarginal: ..... mm (avstånd i mm enl PAD)  Ej angivetMinsta longitudinella resektionsmarginal: ..... mm (avstånd i mm till den närmsta resektionsranden i tarmväggen, enl PAD)  Ej angivetBedömning gjord på storsnitt  Nej  JaPhil Quirke's klassificering (klassificering av preparatets kvalitet)  Intakt mesorektal fascia  Skadad mesorektal fascia  Muscularis propria synligPrepnr: ..... Svardsdatum    Patolog lab: .....

År Mån Dag

## TNM-klassifikation (enligt UICC, version 7)

## T – primärtumör\*

TX Primärtumören ej bedömbart

T0 Ingen påvisad primärtumör

**T1sm1-3** Tumörinvasion i submukosan. Underklassifikation sm 1-3  
*sm 1 – Invasion av den yttigaste 1/3 av submukosan*  
*sm 2 – Invasion ner i 2/3 av submukosan*  
*sm 3 – Invasion ner i djupaste delen, 3/3 av submukosan*
**T2 Tumörinvasion i muscularis propria****T3 a/d Tumören växer igenom muscularis propria in i subserosan eller in i icke peritonealiserad perikolisk vävnad.***T3a = minimal invasion utanför muscularis propria, < 1 mm**T3b = lätt invasion utanför muscularis propria, 1 - 5 mm**T3c = måttlig invasion utanför muscularis propria, <5 - 15 mm**T3d = extensiv invasion utanför muscularis propria, > 15 mm***T4** Serosagenomväxt  
Överväxt till annat organ

## N - Regionala lymfkörtlar

NX Regionala lymfkörtlar kan ej bedömas

N0 Inga regionala lymfkörtelmetastaser

N1 Metastaser i 1-3 perikoliska lymfkörtlar

N2 Metastaser i fler än 3 perikoliska lymfkörtlar

## M – Fjärrmetastaser

M0 Inga fjärrmetastaser

M1 Fjärrmetastaser

Observera att för M finns inget x-alternativ

\*Tis finns inte med i denna uppställning. Tis = grav dysplasi, inte invasiv cancer. Tis canceranmäles men registreras inte i coloncancer registret

Minsta resektionsmarginal: Ange minsta avstånd i mm enl PAD från tumören till resektionsyta - i mesot, tarmväggen eller i omgivande organ vid överväxt. Gäller resektionsyta, således ej peritoneum viscerale. Gäller direkt tumörväxt eller metastatisk växt.

#### IV. Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället eller inom 30 dagar efter operationen)

Behandlingskrävande postop kompl. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange nedan													
<b>Clavien gradering</b>						<b>Clavien gradering</b>							
	<b>2</b>	<b>3a</b>	<b>3b</b>	<b>4a</b>	<b>4b</b>	<b>5(död)</b>		<b>2</b>	<b>3a</b>	<b>3b</b>	<b>4a</b>	<b>4b</b>	<b>5 (död)</b>
<b>Infektiösa</b>							<b>Kirurgiska</b>						
-Pneumoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sårinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Intraabdominell inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sårruptur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kardiovaskulära</b>							-Blödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Anastomosinsuff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Stomikomplication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Arytmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Djup ventrombos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Övriga kompl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Specificera .....						
<b>Neurologiskt</b>							-KAD vid utskrivning <input type="checkbox"/> Ja						
-CVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

#### Förklaring till Clavien gradering

Grad 2	Farmakologisk behandling krävdes inkl blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretica, elektrolytersättning
Grad 3a	Komplication som krävt kirurgisk, endoscopisk eller radiologisk (percutant dränering) behandling utan narkos
Grad 3b	Komplication som krävt kirurgisk, endoscopisk eller radiologisk behandling i narkos
Grad 4a	Livshotande komplication (inkl CNS) som krävt intensivvård med svikt av ett organ (inkl dialys)
Grad 4b	Livshotande komplication (inkl CNS) som krävt intensivvård med multiorgansvikt
Grad 5	Död

1. IVA-vård Intagning till IVA från vårdavd, eller oplanerad behandling på IVA längre än 1 dygn direkt efter op	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	In, datum	____	____	____	Ut, datum	____	____	____
			År	Mån	Dag		År	Mån	Dag
2. Reoperation/-er Oplanerad laparotomi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	Orsak	<input type="checkbox"/> sårruptur						
		Datum reop 1	<input type="checkbox"/> blödning						
		____	<input type="checkbox"/> infektion						
		År	Mån	Dag					
		Datum reop 2	<input type="checkbox"/> anastomosinsufficiens						
		____	<input type="checkbox"/> annat, spec.....						
		År	Mån	Dag					
3. Oplanerad återintagning Varje oplanerad återintagning i slutet vård, oberoende av klinik, inom 30 dagar från op	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	Orsak/-er: .....							
4. Död inom 30 dagar postop eller under samma vårdtillfälle (oberoende av orsak).	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	Dödsorsak/-er: .....							

#### V.Fortsatt planering /behandling

Utskriven, datum	____	____	____	Utskriven till	<input type="checkbox"/> Hemmet	<input type="checkbox"/> Annan vård	<input type="checkbox"/> Avliden	<input type="checkbox"/> Poliklin beh
	År	Mån	Dag					
Postop bedömning i multidisciplinär terapigrupp	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum	____	____	____			
			År	Mån	Dag			
- om ja, bedömd av	<input type="checkbox"/> Kirurg	<input type="checkbox"/> Onkolog	<input type="checkbox"/> Patolog	<input type="checkbox"/> Radiolog	<input type="checkbox"/> Ssk			
Adjuvant behandling planerad (kemo / antikroppar / strålning)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....						
Palliativ behandling planerad (kemo / antikroppar / strålning)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....						
Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja						
Har patienten remitterats till eller bedömts av organspecialist avseende metastaskirurgi?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Vet ej					
Uppföljning planerad utöver postop återbesök	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, Uppföljande sjukhus/klinik .....						
Patienten inkluderad i studie	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange vilken	<input type="checkbox"/> ADEPT	<input type="checkbox"/> EASY	<input type="checkbox"/> FOxTROT			
			<input type="checkbox"/> HAPIrect	<input type="checkbox"/> NEAPE	<input type="checkbox"/> QoLiRECT	<input type="checkbox"/> RAPIDO		
			<input type="checkbox"/> SCRIPT	<input type="checkbox"/> STOMAMESH				
			<input type="checkbox"/> Annan/lokal studie vilken: .....					