

Sjukhus, klinik, avd	Personnummer
Uppföljningsdatum År-mån-dag (besök/telefon/journalgenomgång enl riktlinjer i manualen)	Namn
Läkare	Insändes till: Regionalt cancercentrum

Pat är inte uppföljd

STOMI

Ev skyddande stomi nedlagd Nej Ja, datum År-mån-dag

CANCERRECIDIV hos tidigare kurativt opererade inkl metastaskirurgi

Cancerrecidiv Nej Ja

Lokalrecidiv Nej Ja
(tumörrecidiv i samma område som primärtumören)

Datum för första lokalrecidiv År-mån-dag Histopatologiskt verifierat Nej Ja

Fjärrmetastas Nej Ja

Lokalisation: Histopatologiskt verifierad

Lever, datum för upptäckt År-mån-dag Nej Ja

Lunga, datum för upptäckt År-mån-dag Nej Ja

Peritoneal carcinos, datum för upptäckt År-mån-dag Nej Ja

Annat, datum för upptäckt År-mån-dag Nej Ja

Annat, specificera

Bedömd på MDT-konferens Nej Ja, datum År-mån-dag

Bedömd av Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Sjuksköterska

Handläggning Palliativ Kurativt syftande Ny bedömning planeras

Är patienten nu till synes tumörfri? Nej Ja

SENA POSTOPERATIVA KOMPLIKATIONER EFTER PRIMÄROPERATION (> 30 dagar postoperativt)

Postoperativ komplikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, enl nedan	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Reoperation
Insufficiensfraktur i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ileus - subileus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Anastomoskomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Abscess i buk/bäcken	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Stomikkomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ärrbråck	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Anal inkontinens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Miktionsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Sexuella komplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vad?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

FORTSATT KONTROLL

Fortsatta kontroller Nej Ja, sjukhus/klinik

Avliden Nej Ja