

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

**Primära diagnosuppgifter**

Diagnosdatum.....År-mån-dag      Biopsi utförd     Nej     Ja

Datum för remissens utfärdande.....År-mån-dag      Prepår för biopsi .....    Preprnr .....

Datum för ankomst av remiss .....År-mån-dag      Diagnosgrund       PAD     Cyt

1:a läkarbesök kirurgklinik .....År-mån-dag      Patologlab .....

Endast klinisk diagnos       Ja      Svarsdatum från patolog .....

Screeningupptäckt     Nej     Ja      Adenocarcinom     Nej     Ja

**Preterapeutisk staging/utredning**

Preterapeutisk staging avseende primärtumör     Nej     Ja: → Modalitet:  CT     MR     Rektalt ultraljud

Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser     Nej     Ja: → Modalitet:  CT     MR     Lungrtg     PET/CT

Preterapeutisk staging avseende levermetastaser     Nej     Ja: → Modalitet:  CT     MR     Ultraljud     PET/CT

Utfall av preterapeutisk staging/utredning

cT	cN	cM
<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 →
<input type="checkbox"/> cT4	<input type="checkbox"/> cNX	<input type="checkbox"/> Lever
<input type="checkbox"/> cTX		<input type="checkbox"/> Lunga
		<input type="checkbox"/> Pleura
		<input type="checkbox"/> Peritoneum
		<input type="checkbox"/> Ovarium
		<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar paraaortalt/centralt buk
		<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar ljumske/nedre extremitet
		<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar supraklav/övre extremitet
		<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar intrathorakalt
		<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar i bäckenet
		<input type="checkbox"/> Skelett
		<input type="checkbox"/> Binjure
		<input type="checkbox"/> CNS
		<input type="checkbox"/> Annat

Hotad MRF/MCF     Nej     Ja     Uppgift saknas

Positiv MRF/MCF     Nej     Ja     Uppgift saknas

Annat, specificera.....

**Tumör**

Tumörlokalisering      Tumörläge (separat blankett ifylles för varje tumör om multipla tumörer)

Kolon – v g fyll i tumörläge →

Rektum

Rektoskopi, nedre tumörnivå: .....cm  
cm från anus (gäller rektalcancer)

Ej bedömbart

- Appendix
- Caecum
- Ascendens
- Flexura hepatica
- Transversum
- Flexura lienalis
- Descendens
- Sigmoidium
- Ej bedömbart

**Preterapeutisk bedömning**

Preterapeutisk bedömn i multidisciplinär terapigrupp     Nej     Ja, 1:a datum för bedömning ..... År-mån-dag  
- om ja, bedömd av  Kirurg     Onkolog     Patolog     Radiolog     Ssk

Bilddiagnostik bedömd vid radiologklinik.....

Planeras operation av primärtumör     Nej     Ja, vid sjukhus/klinik.....  
Ytterligare behandling/konverteringsbehandling     Nej     Ja  
Om besvarad med Nej behöver fliken för behandling/op inte fyllas i, förutsatt att pat inte opereras vid ett senare tillfälle

**Onkologisk behandling**

Onkologisk behandling     Nej     Ja

Preop strålbehandling     Nej     Ja, Sjukhus/klinik .....

Preop cytostatikabehandling     Nej     Ja, Sjukhus/klinik .....