

Nationellt kvalitetsregister för kolorektal cancer (adenocarcinom)

**Recidiv anmälan** – kan rapporteras in när som helst

Sjukhus, klinik .....	Personnummer
Läkare.....	Namn
<input type="checkbox"/> Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett	Insändes till: Regionalt cancercentrum
<b>Cancerrecidiv</b>	
<b>Cancerrecidiv</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Lokalrecidiv / fjärrmetastaser hos tidigare kurativt opererade inkl metastaskirurgi)	
<b>Lokalrecidiv</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (tumörrecidiv i samma område som primärtumören)	Histopatologiskt verifierat <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Datum för första lokalrecidiv ..... År-mån-dag
<b>Fjärrmetastas</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Lokalisering</b>	<b>Histopatologiskt verifierad</b>
<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lunga	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Ovarium	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar paraaortalt/centralt buk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar ljumske/nedre extremitet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar supraklav/övre extremitet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar intrathorakalt	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lymfkörtlar i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Skelett	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Binjure	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Annat läge	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annat, specificera .....	<b>Datum för upptäckt (År-mån-dag)</b> .....
<b>Bedömning</b>	
<b>Bedömd på MDT-konferens</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum .....	..... År-mån-dag
Bedömd av <input type="checkbox"/> Kirurg <input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Sjuksköterska	
<b>Beslut handläggning</b> <input type="checkbox"/> Palliativ <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Ny bedömning planeras	