

Bilddiagnostik – restaging

Undersökningsdatum..... Ansvarig kirurgklinik, sjukhus <input type="checkbox"/> Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett	Personnr Namn <i>Insändes till Regionalt Cancercentrum</i>
--	--

Undersökning			
Kvarvarande tumör	<input type="checkbox"/> Komplettn respons		
	<input type="checkbox"/> Nära komplett respons		
	<input type="checkbox"/> Ingen/mindre respons		
Sammanlagd längd av tumör och fibros	mm		
Längd på tumör	mm		
Mucinöst inslag	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fanns även tidigare	<input type="checkbox"/> Ja, nyttillkommet
Kvarvarande MRF+	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kvarvarande EMVI	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kvarvarande mesorektala lymfkörtelmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kvarvarande laterala lymfkörtelmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	