

Anmälan –Canceranmälan

Opererande / behandlande Sjukhus, klinik Läkare	Personnr Namn Insändes till Regionalt cancercentrum
<input type="checkbox"/> Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett	

Primära diagnosuppgifter

Diagnosdatum.....

Biopsi utförd Nej Ja Prepnr för biopsi Prepår.....

Diagnosgrund PAD Cyt Patologlab.....

Endast klinisk diagnos Ja Svartsdatum från patolog.....

Screeningupptäckt Nej Ja Adenocarcinom Nej Ja

Preterapeutisk staging/utredning

WHO/ECOG Performance status

0. Klarar all normal aktivitet utan begränsning

1. Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete

2. Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar

3. Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar

4. Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol

5. Död

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 <input type="checkbox"/> cT1-2 <input type="checkbox"/> cT3 <input type="checkbox"/> cT4 <input type="checkbox"/> cTX	cN <input type="checkbox"/> cN0 <input type="checkbox"/> cN1-2 <input type="checkbox"/> cNX	cM <input type="checkbox"/> cM0 <input type="checkbox"/> cM1 → <input type="checkbox"/> Lever <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

Tumör

Tumörlokalisation <input type="checkbox"/> Kolon – v g fyll i tumörläge → <input type="checkbox"/> Rektum Rektoskopi, nedre tumörnivå: cm cm från anus (gäller rektalcancer) <input type="checkbox"/> Ej bedömbart	Tumörläge (separat blankett ifylles för varje tumör om multipla tumörer) 1 <input type="checkbox"/> Appendix 2 <input type="checkbox"/> Caecum 3 <input type="checkbox"/> Ascendens 4 <input type="checkbox"/> Flexura hepatica 5 <input type="checkbox"/> Transversum 6 <input type="checkbox"/> Flexura lienalis 7 <input type="checkbox"/> Descendens 8 <input type="checkbox"/> Sigmoidium 9 <input type="checkbox"/> 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 Sjuksköterska

Bilddiagnostik bedömd vid radiologklinik.....

Planerad behandling

Behandlingsintention Kurativ Palliativ Oklar

Planeras operation Nej Ja, sjukhus, klinik.....
 Oklart, beror på terapivar

Planeras strålbehandling Nej Ja, sjukhus, klinik.....

Planeras cytostatikabehandl Nej Ja, sjukhus, klinik.....

Endoskopisk åtgärd Planeras, sjukhus, klinik
 Redan utförd, sjukhus, klinik.....
 Ej aktuellt