

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

Primära diagnosuppgifter

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

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

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

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

Endast klinisk diagnos Ja Svartsdatum 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"/> Lever
<input type="checkbox"/> cT4	<input type="checkbox"/> cNX		<input type="checkbox"/> Lunga
<input type="checkbox"/> cTX			<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)

Colon – 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..... 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.....

Om besvarad med Nej behöver fliken för behandling/op inte fyllas i, förutsatt att pat inte opereras vid ett senare tillfälle

Onkologisk behandling

Neoadjuvant/konverteringsbehandling planerad inför operation Nej Ja

av primärtumör

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

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