

**Canceranmälan/registreringsblankett CANCER COLI - RECTI (ADENOCARCINOM) – 2014**  
**(Version Uppsala Örebro)**

<b>Opererande / behandlande Sjukhus, klinik</b>	<b>Personnr</b>
.....	<b>Namn</b>
Insändes komplett ifyllt efter avslutad primär behandling till resp Regionalt cancercentrum via INCA verktyget	Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro

**I. Utredning**

Diagnosdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Mån Dag	
Datum för remissbeslut	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Mån Dag	
Datum för ankomst av remiss	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Mån Dag	Endast klinisk diagnos <input type="checkbox"/> Ja
1:a läkarbesök kirurgklinik	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Mån Dag	Screeningupptäckt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preterapeutisk staging avseende primärtumör	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Rektalt ultraljud
Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Lungrtg <input type="checkbox"/> PET/CT
Preterapeutisk staging avseende levermetastaser	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: →	Modalitet: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> PET/CT
Utfall av preterapeutisk staging/utredning	<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	Lever <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Lunga <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> cT4 <input type="checkbox"/> cNX	
		Hotad MRF/MCF <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas Positiv MRF/MCF <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas

**II. Behandling, operation**

Preterapeutisk bedömning i multidisciplinär terapigrupp	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> År Mån Dag
- om ja, bedömd av:	<input type="checkbox"/> Kirurg <input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Ssk
Primärt inexistipabel tumör	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preop strålbehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....
Preop cytostatikabehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Sjukhus/klinik .....
Preop peroral tarmförberedelse	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preop avlastning	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
- om ja, intentionen temporär:	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Stent <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Stomi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

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

## II (forts)

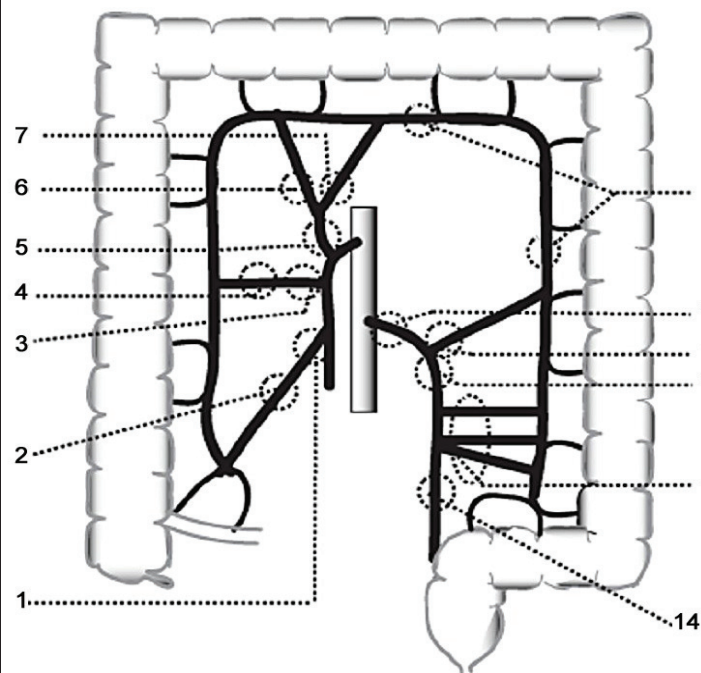
Kirurgisk åtgärd  Ingen terapeutisk åtgärd

Åtgärdsdatum:     
Ar Mån Dag

- Enbart stent;  
 Endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd)  
 Operation

Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren

Placering av proximal kärlligatur ej angivet  Ej tillämpligt



*Om a colica dx avgick från a ileocolica;  
 markera 1 om Ni tog med a col dx; 2 om Ni sparade den*

Resektion av annat organ  Nej  Ja

- om ja, specificera: .....

Samtidig levermetastas  Nej  Ja

Laparoskopisk operation  Nej  Ja

- om ja: Robotassisterad  Nej  Ja

- konverterad  Nej  Ja

Skyddande stomi  Nej  Ja

Permanent stomi  Nej  Ja

Perop sköljning av rektum  Nej  Ja

Perop kolon-/rektumperforation  Nej  Ja

-om ja, tumörnära perforation  Ej angivet  Nej  Ja

Spontan/iatrogen perforation  Ej angivet  Spontan  iatrogen

Operationen bedömdes:

- lokalt radikal

Ej bedömbart  Tveksam  Nej  Ja

- kurativ

Ej bedömbart  Tveksam  Nej  Ja

Elektiv operation

Akut operation pga:

Ileus

Blödning

Perforation/abscess

Annat, spec.....

Utförd operation

1  Ileocecal resektion

2  Högersidig hemikolektomi

3  Transversumresektion

4  Vänstersidig hemikolektomi

5  Sigmoidumresektion

6  Kolektomi

7  Främre resektion  utan reservoir

m reservoir / sida-ända

8  Rektumamputation

9  Hartmann's operation

10  TEM

11  Lokal excision

12  Laparotomi utan resektion

14  Appendektomi

13  Annan op, vilken:.....

Kirurg/-er (intern operatörskod. Avsluta den interna operatörskoden med kod för kompetensnivå:

1     | 2     | 3

**A** Icke specialist, **B** Specialist, **C** Specialist med kolorektal inriktning, **D** Ackrediterad kolorektalkirurg

Dränage  Nej  Ja

Anastomos koloncancer  Staplad  Handsydd

Anastomos rektalcancer  Handsydd  Cirkulär stapler

Knivtid, Start kl:  :  :  Slut kl:  :  :   
tim min tim min

ASA-klass (enligt anestesijournal):.....

Perop blödning ml (enligt anestesijournal): .....

Vikt: .....  Ej dokumenterat

Längd: .....  Ej dokumenterat



#### IV. Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället eller inom 30 dagar efter operationen)

Behandlingskrävande postop kompl.  Nej  Ja, ange nedan

	Clavien gradering						Clavien gradering						
	2	3a	3b	4a	4b	5(död)	2	3a	3b	4a	4b	5 (död)	
<b>Infektiösa</b>							<b>Kirurgiska</b>						
-Pneumoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sårinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Intraabdominell inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Sårruptur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kardiovaskulära</b>							-Blödning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Anastomosinsuff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Stomikomplikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Arytmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Djup ventrombos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Övriga kompl</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Specificera .....						
<b>Neurologiskt</b>							-KAD vid utskr	<input type="checkbox"/> Ja					
-CVI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
-Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Förklaring till Clavien gradering	
Grad 2	Farmakologisk behandling krävdes inkl blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretica, elektrolytersättning
Grad 3a	Komplikation som krävt kirurgisk, endoscopisk eller radiologisk (percutant dränage) behandling utan narkos
Grad 3b	Komplikation som krävt kirurgisk, endoscopisk eller radiologisk behandling i narkos
Grad 4a	Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med svikt av ett organ (inkl dialys)
Grad 4b	Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med multiorgansvikt
Grad 5	Död

1. IVA-vård  Nej  Ja: In. datum / /  Ut. datum / /

Intagning till IVA från vårdavd, eller oplanerad behandling på IVA längre än 1 dygn direkt efter op.

2. Reoperation/-er  Nej  Ja: Datum / /  Orsak  sårruptur  
 blödning  
 infektion  
 anastomosinsufficiens  
 annat, spec: .....

Oplanerad laparotomi

Datum / /

Orsak/-er: .....

3. Oplanerad återintagning  Nej  Ja: .....

Varje oplanerad återintagning i slutet vård, oberoende av klinik, inom 30 dagar från op

4. Död inom 30 dagar postop  Nej  Ja: .....

eller under samma vårdtillfälle (oberoende av orsak).

#### V.Fortsatt planering /behandling

Utskriven, datum / /  Utskriven till  Hemmet  Annan vård  Avliden  Poliklin beh

Postop bedömning i multidisciplinär terapigrupp  Nej  Ja, datum / /

- om ja, bedömd av:  Kirurg  Onkolog  Patolog  Radiolog  Ssk

Adjuvant behandling planerad  Nej  Ja, Sjukhus/klinik .....

(kemo / antikroppar / strålning)

Palliativ behandling planerad  Nej  Ja, Sjukhus/klinik .....

(kemo / antikroppar / strålning)

Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad  Nej  Ja

Har patienten remitterats till eller bedömts av organ-specialist avseende metastaskirurgi?  Nej  Ja  Vet ej

Uppföljning planerad utöver postop återbesök  Nej  Ja, Uppföljande sjukhus/klinik.....

Patienten inkluderad i studie  Nej  Ja

Ange vilken studie  ADEPT  EASY  FOXtROT  HAPirect  
 NEAPE  QoLiRECT  RAPIDO  SCRIPT  STOMAMESH  
 Annan/lokal studie vilken:.....

#### VI. Underskrift av ansvarig

.....

Ort, datum  Signatur  Namnförtydligande