

Anmälan nationell MDK analcancer

<input type="checkbox"/> Nydiagnostiserad analcancer datum för px	<input type="checkbox"/> Persisterande/Recidiv datum för px
--	--

Remittent

Läkare	Kontaktsjuksköterska
Enhet	Region

Patient

Personnummer	Namn
Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adress
<i>Patientanamnes (ev uppgifter om tidigare och nuvarande sjukdomar, performansstatus, tidigare operationer eller strålbehandling, rökning, kognitiv status och patientens inställning till behandling och eventuellt önskemål om behandling vid specifik enhet)</i>	
Beskrivning av sjukdomsutbredning och utredningsresultat	
P-16 positivitet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej utfört	
Frågeställning	

Bilagor

- Utlåtande MR (obligatoriskt)
- Utlåtande PET/CT (obligatoriskt)
- Övrigt, specificera