

TUMÖR I PANKREAS OCH PERIAMPULLÄRA OMRÅDET – ANMÄLAN

Ifylls i samband med behandlingsbeslut Gäller diagnos from 2016-09-01

Originalskickas till: [adress till Regionalt cancercentrum]	Vårdenhet/klinik	Patientdata
Datum för ifyllande	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Anmälande läkare:		
Har patienten remitterats från annan vårdenhet: <input type="checkbox"/> nej	Datum då remiss utfärdats (alternativt då patienten sökte akut på din enhet)	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ja, ange sjukhus, klinik:	Datum då remiss registrerats	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Beslutsdatum för välgrundad misstanke enligt SVF		<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TUMÖR		
Tumörtyp <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Cystisk <input type="checkbox"/> Ej bedömt		
Lokalisation <input type="checkbox"/> Duodenum <input type="checkbox"/> Caput (fr hö till vä rand v mes sup) <input type="checkbox"/> Distal gallgång <input type="checkbox"/> Corpus (fr vä rand v med sup till vä rand aorta) <input type="checkbox"/> Ampulla Vateri <input type="checkbox"/> Cauda (fr vä rand aorta till mjälten) <input type="checkbox"/> Huvudgångs IPMN (hela körteln engagerad) <input type="checkbox"/> Pankreas UNS		
Utbredning Överväxt på annat organ <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej bedömt Fjärrmetastaser <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej bedömt Lokaliserad tumör med <input type="checkbox"/> Inget artär- och inget/begränsat venengagemang (se manual) <input type="checkbox"/> Artär- o/el större venengagemang (se manual för definition av borderlinetumör och resektabilitetskriterier) <input type="checkbox"/> Ej bedömt		
PATIENT		
Tål patienten pankreaskirurgi? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> patienten vill ej opereras <input type="checkbox"/> ej bedömt		
BEHANDLINGSBESLUT		
Datum för behandlingsbeslut		<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Multidisciplinär konferens <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
Behandlingsbeslut <input type="checkbox"/> Icke-kurativt syftande behandling (enbart alt 1 fylls i på nästa sida) <input type="checkbox"/> Kurativt syftande behandling (alt 2 fylls i på nästa sida)		

Vänd 

Personnummer:

Alt 1. Icke kurativt syftande behandling (fylls enbart i vid palliation)

Behandling

Tumörspecifik palliativ behandling (kemo, radio, ire, rf, immunterapi mm)

Behandlande sjukhus/klinik (om annan än inrapporterande)

Best supportive care

Datum för åtgärdsbesked till patient

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Datum för åtgärdsbesked kan ej anges
(åtgärdsbesked lämnas av inremitterande enhet)

Klinisk canceranmälan

Datum för diagnos/imaging

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

 (då diagnosen fastställdes kliniskt o/e genom morfologisk undersökning)

Vävnadsprov taget, ej klart Ange patologiavdelning

Diagnosgrund

Imaging

Histopatologi Patologiavd. Preparatnr/år

Cytologi

Morfologisk diagnos i klartext: (om histopatologi eller cytologi föreligger)

Tumörens lokalisation (ICD-kod)

C17.0 Malign tumör i duodenum

C25.0 Malign tumör i caput

D01.4 Ca in situ i duodenum

C24.0 Malign tumör i distal gallgång

C25.1 Malign tumör i corpus

D01.5 Ca in situ i distal gallgång eller papilla Vateri

C24.1 Malign tumör i ampulla Vateri

C25.2 Malign tumör i cauda

C25.3 Malign tumör i ductus

D01.7 Cancer in situ i pankreas

C25.4 Malign tumör i Langerhanska öarna

C25.9 Malign tumör i pankreas UNS

cTNM

--	--	--

 (enligt 7:e upplaga, 2009)

Alt 2. Kurativt syftande behandling

Primär kirurgi

Preoperativ tumörspecifik onkologisk behandling (kemo, radio, ire, rf, immunterapi mm)

Behandlande sjukhus/klinik (om annan än inrapporterande)

Datum för diagnos/imaging

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

 (då diagnosen fastställdes kliniskt o/e genom morfologisk undersökning)

KONTAKTSJUKSKÖTERSKA

Har patienten en namngiven kontaktsjuksköterska?

nej ja

STUDIER

Har patienten tillfrågats/kommer att tillfrågas om deltagande i strukturerad behandlingsstudie?

nej ja