

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer Maligna tumörer i cervix uteri och vagina (ej cancer in situ) Blankett 3 – Avslutad primärbehandling Fylls i efter avslutad primärbehandling Kir beh rapporteras på särskilt underlag eller via gynopregistret Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)	Pnr: 3 Namn:
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik	Inrapportör
Ansvarig läkare	Primär terapeutisk kirurgi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Datum för PAD-svar primär kirurgi 2 0 _ _ _ _ _ _ _	
Det datum då patologen signerar svaret som leder till klinisk handläggning av fallet. En subspecificering t ex med antikroppsanalyser som inte ändrar den kliniska handläggningen leder inte till att använda ett senare datum, om det tidigare svaret var tillräckligt för beslut om handläggning.	
Har provtagning från lymfkörtlar utförts <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Morfologiskt verifierade positiva lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Sampling/utrymning av pelvina eller para-aortala lymfkörtelsstationer <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Antal pelvina körtlar _ _ _ _ st <input type="checkbox"/> Ej räknat	Antal positiva pelvina körtlar _ _ _ _ st
Antal para-aortala körtlar _ _ _ _ st <input type="checkbox"/> Ej räknat	Antal pos para-aortala körtlar _ _ _ _ st
Fjärrmetastaser <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange lokal nedan	
Läge för metastaser (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Inguinala lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar fossa supraclav <input type="checkbox"/> Mjälte <input type="checkbox"/> Hjärna <input type="checkbox"/> Para-aortala lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Övr icke-regionala lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Njuror <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Mediastinala lymfkörtlar <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Andra metastaser	
Differentieringsgrad enl WHO <input type="checkbox"/> Hög <input type="checkbox"/> Medelhög <input type="checkbox"/> Låg <input type="checkbox"/> Odifferentierad/anaplastisk <input type="checkbox"/> Ej angiven <input type="checkbox"/> Ej tillämpligt	
Utredning av tumörutbredning Palpation i narkos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Urografi <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej CT-thorax <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Cystoskopi <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej CT urografi <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej MR <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Lungröntgen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej CT-buk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej PET (PET/CT) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Patienten bedömd i samråd med gyn onkolog <input type="checkbox"/> Ja, men pat har inte besökt gyonkol enhet, ange dat för remissank <input type="checkbox"/> Ja, pat har besökt/varit inlagd f klin bed/beh på gyonkol enhet, ange dat f remissank	
Datum för remissankomst till gyonk enhet 2 0 _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Okänt	
<input type="checkbox"/> Nej, men pat har bed/beh av gyn onkolog utanför gyonkol enhet <input type="checkbox"/> Nej, pat har bed/beh utan medverkan av gyn onkolog	
Datum för information till patienten om behandlingsbeslut rörande icke-kirurgisk behandling, multimodal behandling eller postoperativ handläggning 2 0 _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/> Ej tillämpligt	

Personnummer:	Namn:
Primärbehandling planerad enligt vårdprogram <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vårdprogram saknas i denna situation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Primärbehandling planerad inom ramen för klinisk prövning/studie <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan terapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.	
Behandlingsplan upprättad efter multidisciplinär konferens <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Multidisciplinär konferens utförs av representanter från minst 3 av 4 specialiteter (gynonkologi, gynekologisk tumörkirurgi, bild- och funktionsmedicin samt patologi). Andra specialiteter som GI-kirurgi, urologi etc kan också ingå.	
Behandlingsintention <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Paliativ <input type="checkbox"/> Kan ej bedömas	
Behandlingsmodaliteter*	
	Ej använd 1:a i sekv. 2:a i sekv. 3:e i sekv. 4:e i sekv. 5:e i sekv. 6:e i sekv. 7:e i sekv.
Kirurgi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neoadjuvant kemoterapi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Radiokemoterapi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annan kemoterapi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Brachyterapi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Extern radioterapi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annan onkol behandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*Vid sekventiell behandling högst 90 dagar mellan modaliteterna, i senare skede kan annan behandling förekomma. Om enbart en behandlingsmodalitet använts – kryssa enbart i denna samt ange den som nr 1. Om t ex brachyterapi givits parallellt med extern radioterapi får de samma sekvensnummer.	
Om icke-kirurgisk primärbehandling ej givits ange orsak <input type="checkbox"/> Ej indicerad <input type="checkbox"/> Pga dåligt AT <input type="checkbox"/> Pga patientens önskan <input type="checkbox"/> Pga komorbiditet <input type="checkbox"/> Pga patienten avlidit	
Om patienten behandlats med enbart kirurgi eller om man helt avstått från behandling är blanketten klar	
Datum för start av icke-kirurgisk primärbehandling 2 0 _ _ _ _ _ _	
Funktionsstatus inför icke-kirurgisk primärbehandling <input type="checkbox"/> 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) <input type="checkbox"/> 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) <input type="checkbox"/> 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) <input type="checkbox"/> 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) <input type="checkbox"/> 4 – Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) <input type="checkbox"/> Ej bedömt	
Om nedsatt funktionsstatus – ange huvudsakliga orsaken <input type="checkbox"/> Tumörsjukdomen <input type="checkbox"/> Annan orsak	
Sjukdomsstatus före start av icke-kirurgisk primärbehandling <input type="checkbox"/> Ingen mätbar/evaluerbar tumörmanifestation <input type="checkbox"/> Mätbar/evaluerbar tumörmanifestation	

Personnummer:		Namn:	
Neoadjuvant kemoterapi (KT) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 2 0 _ _ _ _ _ _	Antal cykler neoadj KT _ _
Alkylerande medel <input type="checkbox"/> Cyklofosfamid <input type="checkbox"/> Ifosfamid <input type="checkbox"/> Melfalan <input type="checkbox"/> Annat alkylerande medel Antimetaboliter <input type="checkbox"/> Capecitabin <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Gemcitabin <input type="checkbox"/> Pemetrexed <input type="checkbox"/> Annan antimetabolit		Mitoshämmare <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Etoposid <input type="checkbox"/> Paklitaxel <input type="checkbox"/> Vinorelbin <input type="checkbox"/> Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser <input type="checkbox"/> Bleomycin <input type="checkbox"/> Doxorubicin <input type="checkbox"/> Epirubicin <input type="checkbox"/> Liposomalt doxorubicin <input type="checkbox"/> Mitoxantron <input type="checkbox"/> Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesl substans
		Övriga cytotatiska/cytotoxiska medel <input type="checkbox"/> Altretamin <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Bortezomib <input type="checkbox"/> Cetuximab <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Irinotekan <input type="checkbox"/> Karboplatin <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Topotekan <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Annat övrigt cytotost./cytotox. medel	
Administrationssätt (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Intravenöst <input type="checkbox"/> Intraperitonealt <input type="checkbox"/> Annat	Planerad regim fullföljd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak	
Behandlingsevaluering efter avslutad neoadjuvant KT <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Datum för responsbedömning 2 0 _ _ _ _ _ _	
Bedömning av tumörrespons/status efter neoadjuvant kemoterapi <input type="checkbox"/> Komplett respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) <input type="checkbox"/> Partiell respons (PR; $\geq 30\%$ minskning) <input type="checkbox"/> Stabil sjukdom (SD; $< 30\%$ minskning el $< 20\%$ storleksökning) <input type="checkbox"/> Progressiv sjukdom (PD; $\geq 20\%$ storleksökning, nyttillkommen tumör) <input type="checkbox"/> Ej bedömbart		Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Palp utan narkos <input type="checkbox"/> Palp i narkos <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> PET, PET/CT <input type="checkbox"/> Bedömning vid operation	
Kemoterapi (KT) samtidigt med radioterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 2 0 _ _ _ _ _ _	Antal cykler KT _ _
Alkylerande medel <input type="checkbox"/> Cyklofosfamid <input type="checkbox"/> Ifosfamid <input type="checkbox"/> Melfalan <input type="checkbox"/> Annat alkylerande medel Antimetaboliter <input type="checkbox"/> Capecitabin <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Gemcitabin <input type="checkbox"/> Pemetrexed <input type="checkbox"/> Annan antimetabolit		Mitoshämmare <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Etoposid <input type="checkbox"/> Paklitaxel <input type="checkbox"/> Vinorelbin <input type="checkbox"/> Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser <input type="checkbox"/> Bleomycin <input type="checkbox"/> Doxorubicin <input type="checkbox"/> Epirubicin <input type="checkbox"/> Liposomalt doxorubicin <input type="checkbox"/> Mitoxantron <input type="checkbox"/> Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesl substans
		Övriga cytotatiska/cytotoxiska medel <input type="checkbox"/> Altretamin <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Bortezomib <input type="checkbox"/> Cetuximab <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Irinotekan <input type="checkbox"/> Karboplatin <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Topotekan <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Annat övrigt cytotost./cytotox.	
Administrationssätt (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Intravenöst <input type="checkbox"/> Intraperitonealt <input type="checkbox"/> Annat	Planerad regim fullföljd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak	

Personnummer:		Namn:	
Annan kemoterapi (KT) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 2 0 _ _ _ _ _ _	Antal cykler annan KT _ _
Alkylerande medel <input type="checkbox"/> Cyklofosfamid <input type="checkbox"/> Ifosfamid <input type="checkbox"/> Melfalan <input type="checkbox"/> Annat alkylerande medel	Mitoshämmare <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Etoposid <input type="checkbox"/> Paklitaxel <input type="checkbox"/> Vinorelbin <input type="checkbox"/> Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser <input type="checkbox"/> Bleomycin <input type="checkbox"/> Doxorubicin <input type="checkbox"/> Epirubicin <input type="checkbox"/> Liposomalt doxorubicin <input type="checkbox"/> Mitoxantron <input type="checkbox"/> Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesl substans	Övriga cytostatiska/cytotoxiska medel <input type="checkbox"/> Altretamin <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Bortezomib <input type="checkbox"/> Cetuximab <input type="checkbox"/> Cisplatin <input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Irinotekan <input type="checkbox"/> Karboplatin <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Topotekan <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Annat övrigt cytotost./cytotox. medel
Antimetaboliter <input type="checkbox"/> Capecitabin <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Gemcitabin <input type="checkbox"/> Pemetrexed <input type="checkbox"/> Annan antimetabolit	Administrationssätt (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Intravenöst <input type="checkbox"/> Intraperitonealt <input type="checkbox"/> Annat	Planerad regim fullföljd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak
Brachyterapi (BT) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Datum för start av BT 2 0 _ _ _ _ _ _	Datum för avslutande av BT 2 0 _ _ _ _ _ _
Målområde <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Höger parametrium <input type="checkbox"/> Vänster parametrium <input type="checkbox"/> Annat			
Applikatorer (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Ring <input type="checkbox"/> Ovoider <input type="checkbox"/> Intrauterin <input type="checkbox"/> Vaginal cylinder <input type="checkbox"/> Nålar <input type="checkbox"/> Template <input type="checkbox"/> Katetetrar <input type="checkbox"/> Individuellt anpassad applikator			
Dosrat <input type="checkbox"/> HDR <input type="checkbox"/> PDR <input type="checkbox"/> MDR <input type="checkbox"/> LDR			
Dosplan baserad på <input type="checkbox"/> CT utan applikatorer <input type="checkbox"/> CT med applikatorer <input type="checkbox"/> MR utan applikatorer <input type="checkbox"/> MR med applikatorer <input type="checkbox"/> PET/CT utan applikatorer <input type="checkbox"/> PET/CT med applikatorer <input type="checkbox"/> Röntgen med C-båge utan applikatorer <input type="checkbox"/> Röntgen med C-båge med applikatorer <input type="checkbox"/> Ultraljud utan applikatorer <input type="checkbox"/> Ultraljud med applikatorer			
Slutdos för BT Totaldos brachy _ _ _ , _ _ Gy Antal fraktioner _ _			
Planerad brachyregim fullföljd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak	

Personnummer:		Namn:	
Extern radioterapi RT <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Datum för start av RT 20 _ _ _ _ _ _	Datum för avslutande av RT 20 _ _ _ _ _ _
Indikation för RT (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Lymfkörtelmetastasering <input type="checkbox"/> Tumörväxt i resektionsrand <input type="checkbox"/> Snäva marginaler (ange marginal i mm nedan) <input type="checkbox"/> Kärlinväxt <input type="checkbox"/> Aggressiv histologi <input type="checkbox"/> Stromainväxt >1/3 och ≤2/3 <input type="checkbox"/> Stromainväxt >2/3 <input type="checkbox"/> FIGO stadium <input type="checkbox"/> Tumörstorlek <input type="checkbox"/> Annat			
Marginal _ _ mm			
Målområde för extern RT (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Tumör/operationsområde och pelvina Igl-stationer <input type="checkbox"/> Boost pelvina lymfkörtelstationer höger <input type="checkbox"/> Boost pelvina lymfkörtelstationer vänster <input type="checkbox"/> Boost tumörområde <input type="checkbox"/> Para-aortala lymfkörtelstationer <input type="checkbox"/> Annat			
Radiologiska metoder för definition av målområde <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> Ultraljud			
Teknik (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Fotoner <input type="checkbox"/> Elektroner <input type="checkbox"/> Protoner <input type="checkbox"/> Stereotaktisk <input type="checkbox"/> Tomoterapi <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> VMAT <input type="checkbox"/> Intraoperativ			
Slutdos extern RT Målområde 1 (tumörområde och pelvina Igl-stationer) _ _ , _ _ Gy Målområde 2 (boost tumörområde) _ _ , _ _ Gy Målområde 3 (boost pelvina Igl-stationer höger) _ _ , _ _ G Målområde 4 (boost pelvina Igl-stationer vänster) _ _ , _ _ G Målområde 5 (para-aortala Igl-stationer) _ _ , _ _ G			
Planerad extern strålbehandlingsregim fullföljd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts <input type="checkbox"/> Biverkningar <input type="checkbox"/> Bristande respons/progress <input type="checkbox"/> Patientens önskemål <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd <input type="checkbox"/> Komorbiditet <input type="checkbox"/> Patienten avlidit <input type="checkbox"/> Annan orsak	

Personnummer:	Namn:
Datum för avslutande av primärbehandling 2 0 _ _ _ _ _ _	
Behandlingsevaluering efter avslutad behandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum för responsbedömning 2 0 _ _ _ _ _ _
Funktionsstatus inför icke-kirurgisk primärbehandling <input type="checkbox"/> 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) <input type="checkbox"/> 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) <input type="checkbox"/> 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) <input type="checkbox"/> 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) <input type="checkbox"/> 4 – Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) <input type="checkbox"/> Ej bedömt	
Om nedsatt funktionsstatus – ange huvudsakliga orsaken <input type="checkbox"/> Tumörsjukdomen <input type="checkbox"/> Annan orsak	
Bedömning av tumörrespons/status efter primärbehandling <input type="checkbox"/> Kompletta respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) <input type="checkbox"/> Partiell respons (PR; ≥ 30% minskning) <input type="checkbox"/> Stabil sjukdom (SD; < 30% minskning el < 20% storleksökning) <input type="checkbox"/> Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20% storleksökning, nyttillkommen tumör) <input type="checkbox"/> Ej bedömbart	Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga) <input type="checkbox"/> Palp utan narkos <input type="checkbox"/> Palp i narkos <input type="checkbox"/> Ultraljud <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> PET, PET/CT
Uppföljande enhet:	