

Sjukhus, klinik.....	Patientdata
<input type="checkbox"/> Komplet registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas	Insändes till Regionalt cancercentrum

**Primära uppgifter inför planerad operation**

Planerad kirurgi ej utförd, orsak:  Medicinska skäl  
 Patientens val  
 Administrativa skäl (resursbrist)

**Beslutsdatum** för kirurgi ..... **Operationsdatum** .....

Preoperativ MDT-konferens  Nej  Ja **Operation**  Primär  
 Kompletterande  
 Recidiv

**Preoperativ utredning**

Datortomografi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Funktionsgrad</b> (PS WHO 0-4) (vid op-tillfälle/i samband med inskrivning)	<input type="checkbox"/> 0
MRT	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 1
PET	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 2
Neurofysiologi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 3
SIG bedömning /ASIA	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 4
Annat	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera.....		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

Kortisonbehandling  Nej  Symtomlindrande  
 Inför kirurgi

**Preoperativa symtom** (fylls endast i om det passerat mer än 8 veckor sedan datum för välgrundad misstanke)

Smärta  Nej  Ja  
Rotsymtom  Nej  Ja  
Ryggmärgsymtom  Nej  Ja  
Sfinkter-, blås-/och el tarpåverkan  Nej  Ja

**Operationsindikation**

Symtom  
 Tillväxt  
 Storlek  
 Patientens önskan  
 Förväntat naturalförlopp  
 Ödem

**Peroperativt**

**Kirurgisk intention**  Biopsi  
 Partiell resektion  
 Radikal kirurgi  
 Resektion till funktionell gräns

Antibiotikaprofylax peroperativt  Nej  Ja  
Peroperativ indikering  Nej  Ja  
Genomlysning  Nej  Ja  
Neurofysiologisk monitorering  Nej  Ja  
Neuronavigation  Nej  Ja  
Ultraljud  Nej  Ja  
Laminoplastik  Nej  Ja  
Laminektomi  Nej  Ja  
Duraplastik m främmande material  Nej  Ja  
5-ALA  Nej  Ja  
Spinal instrumentering  Nej  Ja

Knivtid (i minuter).....

**PAD**

Ej tumör  Inkonklusivt  
 Tumör (fyll i PAD-uppgifter) PAD/Cyt nr ..... PAD/Cyt år .....

Patologlab..... Histopatologisk diagnos .....

WHO Malignintetsgrad	<input type="checkbox"/> I	IDH Mut	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
	<input type="checkbox"/> II	LOH 1p 19q codel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
	<input type="checkbox"/> III	MGMT Metylerad	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
	<input type="checkbox"/> IV				

Ki67..... % (anges i procent)  Ki67 okänt

**Uppföljning**

Patienten följes ej  Fortsatt uppföljning sker vid sjukhus ..... klinik .....

Inkluderad i studieprotokoll  Nej  Ja

Planeras icke-kirurgisk tumörbehandling  Nej  Ja, vid sjukhus ..... klinik .....