

# HUDMELANOM – ANMÄLAN

Nationellt kvalitetsregister

Gäller även som canceranmälan

Insändes till respektive Regionalt cancercentrum	Sjukhus/klinik/vårdcentral/privatmottagning	Patientdata									
Ansvarig läkare: .....											
Vårdnivå på första läkarbesök <input type="checkbox"/> vårdcentral <input type="checkbox"/> privatläkare <input type="checkbox"/> hudklinik <input type="checkbox"/> kirurgklinik (även ÖNH. Plastik)											
Datum för första läkarbesök <sup>1</sup> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <input type="checkbox"/> annan vårdnivå.....			2	0							
2	0										
<b>PRIMÄRA TUMÖRDATA - CANCERANMÄLAN</b>											
<b>Lokalisation/sida</b>	<input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> medellinje										
Huvud/hals	<input type="checkbox"/> läpphud, över- och under <input type="checkbox"/> ögonlock, övre och nedre samt ögonvrå <input type="checkbox"/> ytteröra, inkl yttre hörselgång <input type="checkbox"/> annan eller ospecificerad del av ansiktet <input type="checkbox"/> huvudsvål och hals/nacke										
Bål	<input type="checkbox"/> bål, inkl anus/perianalt, axill, ljumske och perineum <input type="checkbox"/> fram <input type="checkbox"/> bak <input type="checkbox"/> inte tillämpligt										
Övre extremitet	<input type="checkbox"/> övre extremitet och axel/skuldra <input type="checkbox"/> handflata/subungualt (fingernagel)										
Nedre extremitet	<input type="checkbox"/> nedre extremitet och höft <input type="checkbox"/> fotsula/subungualt (tånagel)										
Tumörens lokalisation, ytterligare specifikation i klartext: .....											
<b>Första provtagningsdatum och diagnosgrund</b>											
Provtagningsdatum	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2	0							Datum för första histologiska/cytologiska provtagning som ledde till diagnos (= diagnosdatum i cancerregistret)	
2	0										
Diagnosgrund	<input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> cytologi <input type="checkbox"/> annat .....										
<b>Kliniskt stadium</b>											
Enbart primärtumör	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> uppgift saknas										
Om Nej, specificera nedan											
regionala palpabla											
lymfkörtelmetastaser	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
satelliter/metastas in transit	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
fjärrmetastaser	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
<b>Nedanstående ifylles och tages endast vid fjärrmetastas</b>											
Lokalisation av fjärrmetastaser											
hud/lymfkörtelmetastaser (M1a)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
lunga (M1b)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
övriga fjärrmetastaser (M1c)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
LD-prov											
utfört	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> uppgift saknas										
förhöjt (2 prover) (M1c)	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja										
<b>TNM</b> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>X</td><td>X</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>N</td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>M</td><td></td><td></td></tr></table>	T	X	X	N			M			T-stadium ska ej rapporteras in här utan rapporteras in från patologavdelning på annat formulär.	
T	X	X									
N											
M											

2018-01/Regionalt cancercentrum sydöst

Blanketten fortsätter på nästa sida



<sup>1</sup> Avser första läkarbesök då patienten sökte för aktuell hudförändring. Kan vara annan enhet än den inrapporterande. Om exakt datum inte är känt anges dag 15 i aktuell månad.

<sup>2</sup> Enbart primärtumör ger N0 och M0 i TNM-klassificering.

KIRURGISKA DATA	
<b>Primär kirurgi<sup>3</sup></b>	
Datum för primär kirurgi	2 0
Typ av kirurgi	Vårdenhet som utfört primär kirurgi.....
<input type="checkbox"/> excision + sutur	Patologiavd.....
<input type="checkbox"/> hudtransplantation	PAD-nr/år.....
<input type="checkbox"/> lambåplastik	
<input type="checkbox"/> amputation	
<input type="checkbox"/> annat (stansbiopsi, curettage, laserexc., övrigt)	
.....	
<b>Tumördiameter</b> (största kliniska mått)	mm <input type="checkbox"/> okänt, ange orsak: .....
Uppmätt klinisk marginal <sup>4</sup>	mm <input type="checkbox"/> okänt, ange orsak: .....
<b>Utvidgad kirurgi planerad</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, på egna kliniken <input type="checkbox"/> ja, på annan klinik:	
	Sjukhus: .....
	Klinik: .....
<b>Lymfkörtelkirurgi planerad</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet ej	
Om Ja, ange orsak till lymfkörtelkirurgi	
<input type="checkbox"/> diagnostisk, sentinel node (SNB)	
<input type="checkbox"/> terapeutisk, palpabla körtlar	
<input type="checkbox"/> annan.....	
Resultatet av denna/dessa fylls i på blankett "Histopatologi Lymfkörtelkirurgi"	

<b>Diagnosbesked till patienten utifrån PAD-svar efter första diagnostiska ingrepp</b>	
Datum	2 0
Informationen har givits genom	<input type="checkbox"/> besök <input type="checkbox"/> enbart telefon <input type="checkbox"/> brev <input type="checkbox"/> annat .....
<b>Patienten har erbjudits kontaktsjuksköterska<sup>5</sup> (vid diagnostillfället)</b>	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <b>OM UTVIDGAD KIRURGI SKA UTFÖRAS PÅ ANNAN VÅRD-ENHET ÄR FORMULÄRET KLART OCH KAN SKICKAS TILL RCC.</b>

<b>Utvidgad kirurgi</b>	
Datum för utvidgad kirurgi	2 0
Typ av kirurgi	Sjukhus och klinik/vårdcentral.....
<input type="checkbox"/> excision + sutur	Patologiavd.....
<input type="checkbox"/> hudtransplantation	PADnr/år.....
<input type="checkbox"/> lambåplastik	
<input type="checkbox"/> amputation	
<input type="checkbox"/> annat	
.....	
Uppmätt fri marginal till operationsärr <sup>6</sup>	mm <input type="checkbox"/> okänt, ange orsak: .....
<b>SNB/Lymfkörtelkirurgi utförd</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
Om planerad SNB/Lymfkörtelkirurgi ej utförts, ange orsak:.....	
<b>Patienten har diskuterats på multidisciplinär konferens<sup>7</sup></b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
<b>Patienten har eller har erbjudits en kontaktsjuksköterska</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja (Okänt = Nej)	

Kommentar
-----------

<sup>3</sup> Första kirurgiska ingrepp som utförs med avsikt att avlägsna hela förändringen för histopatologisk undersökning

<sup>4</sup> Avser klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför primärkirurgin. Anges i mm (heltal).

<sup>5</sup> Avser i journalen dokumenterad kontaktsjuksköterska som patienten har namn och telefonnummer till.

<sup>6</sup> Avser fri klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför den utvidgade kirurgin. Anges i mm (heltal).

<sup>7</sup> Avser en konferens med minst två specialister, t ex en patolog, en kirurg och en onkolog, närvarande.