

Inrapporterande sjukhus/klinik

Ansvarig läkare

Rapporteringsdatum

Remissdatum (Datum då remiss registrerades/dag då patient sökt vid din enhet)

Har patienten sökt själv eller remitterats från annan enhet?
 Sökt själv Remitterad från annan enhet, ange enhet...

Remitterande sjukhus och klinik

Personnr
Namn

DIAGNOS och KOD (ICD10)

Blankett gäller som canceranmälan enbart då datum för diagnos kan anges
 Datum kan ej anges

2	0	1		-			-		
---	---	---	--	---	--	--	---	--	--

Diagnosdatum (År-mån-dag)

<p>Lever</p> <p><input type="checkbox"/> C22.0 Hepatocellulär cancer (HCC) <input type="checkbox"/> C22.1 Kolangiocellulär cancer <input type="checkbox"/> C22.2 Hepatoblastom <input type="checkbox"/> C22.3 Angiosarkom i lever <input type="checkbox"/> C22.4 Andra sarkom i levern <input type="checkbox"/> C22.7 Andra spec. karcinom i levern <input type="checkbox"/> C22.9 Lever, ospecificerat <input type="checkbox"/> C78.7 Levermetastaser, ange ursprung... <input type="checkbox"/> D37.6 Oklar tumör i lever <input type="checkbox"/> D13.4 Lever, tumör benign</p>	<p>Levermetastaser</p> <p><input type="checkbox"/> Kolon/Rektum <input type="checkbox"/> Endokrin tumör <input type="checkbox"/> Adenoca från ventrikel <input type="checkbox"/> Gynekologisk malignitet <input type="checkbox"/> Bröst <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Övriga, ange.....</p>	<p>Gallblåsa och gallvägar</p> <p><input type="checkbox"/> C23.9 Cancer i gallblåsa <input type="checkbox"/> D37.6 Oklar tumör i gallblåsa <input type="checkbox"/> C24.0 Extrahepatisk gallgång <input type="checkbox"/> C24.8 Elakartad tumör i gallgång som inte kan kodalas med C22.0-C24.1 <input type="checkbox"/> C24.9 Gallvägar UNS <input type="checkbox"/> D37.6 Oklar tumör i andra delar av gallträdet <input type="checkbox"/> D13.5 Benign tumör i extrahepatiska gallvägar</p>
--	--	---

Diagnosgrund

Klinisk undersökning
 Röntgen eller motsvarande undersökning
 Laboratorieundersökning (Tumörmarkör)
 Cytologi
 Biopsi (provexcision)

Vid 22.0, Hepatocellulär cancer (HCC)
 Uppfylls radiologiska kriterier för att fastställa HCC? Nej Ja

Biopsi
 Finns biopsi/cytologi av anmäld tumör som bekräftar diagnos? Ja Nej

Patolog/cytologlab (ange i fritext) ;

2	0						

Preparatnummer

Årtal

Tumörutbredning

Ange klinisk TNM-klassifikation (gäller primär cancer i lever, gallvägar och gallblåsa): T___ N___ M___ Ej tillämbart

Personnr:

VÅRDPLAN

Ange

beslutande sjukhus och klinik

Datum för besked till patienten om

behandlingsbeslut

Pat informerats av inremitterande
(datum kan ej anges)

Multidisciplinär hepatobiliär konferens

Nej Ja, om ja, ange datum...

Medicinskt onkologiskt behandlad sjukdom? (aktuell sjukdom) Nej Ja, om ja, ange respons av behandling

Respons (komplett eller partiell)
 Stabil tumörsjukdom
 Progress
 Kan ej evalueras

Hur upptäcktes tumören? Kliniskt
 Surveillance
 En passant fynd röntgen
 En passant fynd i op.preparat; ange åtgärdskod för op nedan.

Åtgärdskod vid en passant-upptäckt tumör

Fri text för åtgärdskod (ange ingrepp)

Har/skall patienten registreras för annan tumörsjukdom i lever/gallvägsregistret?
 Nej Ja

<p>Planerad antitumoral behandling (ange ALL planerad behandling)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, ingen antitumoral behandling planeras, ange orsak....→</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Resektionskirurgi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Transplantation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja RF eller annan ablativ behandling</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Kemoembolisering (TACE)</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Medicinsk tumörbehandling, ange även avsikt....→</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Annan metod, ange metod i fritext;</p>	<p>Orsak/avsikt</p> <p><input type="checkbox"/> Tumörrutbredning kontraindicerar medicinsk åtgärd <input type="checkbox"/> Patientens allmäntillstånd/avancerad sjukdom <input type="checkbox"/> Patienten vill ej <input type="checkbox"/> Tumör radikalt opererad <input type="checkbox"/> Missbruk</p> <p><input type="checkbox"/> Neoadjuvant kemoterapi <input type="checkbox"/> Kemoterapi för downsizing <input type="checkbox"/> Kemoterapi, palliativ</p>
--	---

Ange kommande enhet för behandling/uppföljning av patienten:

Personnr:

PRETERAPEUTISK STAGING

Tumörutbredning i LEVER Nej Ja, om ja ange...

Längsaxelmått

ange i mm för den största tumören:

Längsaxelmått ej känt

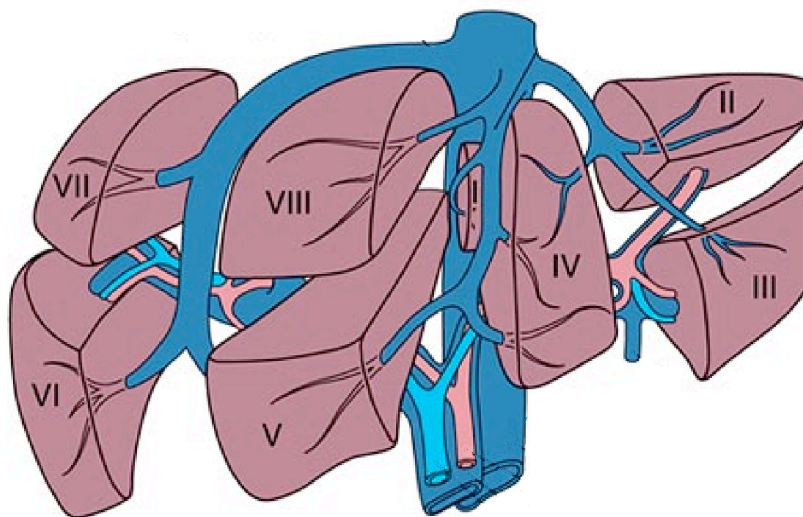
Antal tumörer:

- 1
 2
 3
 4
 5
 6-10
 11-

Antal tumörer ej känt

Vilka segment engageras (markera berörda segment)

- Segment I
 Segment II
 Segment III
 Segment IV
 Segment V
 Segment VI
 Segment VII
 Segment VIII
 Segment kan ej anges



Lokalt extrahepatisk tumörövertväxt (ej Igll)

Nej Ja

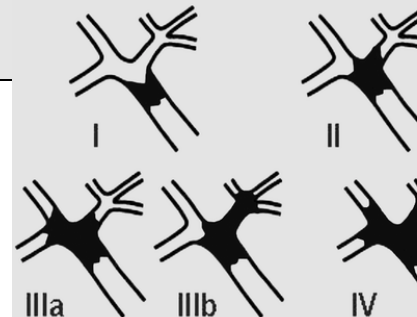
Trombos i större porta eller leverven

Nej Ja, om ja, tumörtromb? Nej Ja Oklart

Tumörutbredning i EXTRAHEPATISKA GALLVÄGAR

Periampullär ca registreras i pancreasregistret

- Nej Nedanför bifurkationen (Bismuth I)
 Ja, ange en lokal: Inbegriper bifurkationen (Bismuth II)
 Inbegriper första delningsstället på endera sidan (Bismuth III)
 Inbegriper första delningsstället på båda sidorna (Bismuth IV)
 Lokal kan ej anges



Tumörutbredning i GALLBLÅSA

- Nej Polyp
 Ja, ange ett alternativ: Tumör begränsad till gallblåsa (T1-T2)
 Inväxt i intilliggande lever (< 2cm) eller ett annat organ (T3)
 Tumören invaderar portaven, a.hepatica, eller två eller fler extrahepatiska organ eller strukturer (T4)

Personnr:

LYMFKÖRTLAR (Radiologiskt metastasmisstänkta lymfkörtelstationer kortaxelmått > 10mm)

Ej bedömda
 Nej, inga misstänkta lymfkörtelmetastaser
 Ja, ange lokal ... regionala lymfkörtelstationer
 generella lymfkörtelstationer

FJÄRRMETASTASERING

Nej
 Ja, ange lokal för metastas: Lunga Lever Peritoneum Annan

ASSOCIERAD LEVERSJKDOM, RELATERADE TILLSTÅND SAMT LABORATORIEVÄRDEN
(Behöver enbart ifyllas vid C22, samt D376 Lever, dvs vid misstanke om primär levercancer)

Cirros
 Nej Ja Oklart

Associerad leversjukdom
 Nej Ja, om ja ange...
 Primär biliär cirrhos Hepatit B Etylassocierad leversjukdom
 Scleroserande cholangit Hepatit C
 Porfyri Hemokromatos Annan sjukdom, specificera:

Diabetes
 Nej Ja

Laboratorievärden i samband med diagnos (innan behandling) (x=ej känt)

a-fetoprotein _____(ug/L)
Bilirubin _____ (umol/L) Albumin _____(g/L)
PK _____ (INR) Kreatinin _____(umol/l)

Leverstigmata
Ascites Ingen Lättbehandlad Måttlig/svår Ej känt
Encefalopati Ingen Lätt Svår Ej känt

Allmäntillstånd (Performance enligt ECOG)
Ange grad
 0 Klarar all normal aktivitet utan begränsning
 1 Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.
 2 Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar.
 3 Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar
 4 Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.
 5 Död

UNDERSKRIFT INRAPPORTÖR (KLARTEXT, SAMT MED UNDERSKRIFT)

Anmälan är komplett (blad 1-4), intygas