

Läkare	Personnr
Klinik, sjukhus	Namn
Datum för ifyllande av blankett (År-mån-dag)	Insändes till Regionalt Cancercentrum

Denna rapportering gäller för

Uppföljning 1 år efter diagnos → Datum för pats mottagningsbesök cirka 1 år efter diagnos
 Avrapportering vid dödsfall inom 1 år efter diagnos (År-mån-dag)

Given terapi – inom ett år efter diagnos om rapporteringen gäller uppföljning Ingen aktiv tumörbehandling
 – innan dödsfallet om rapporteringen gäller avrapportering

Om ingen aktiv tumörbehandling givits behöver inget ytterligare fyllas i. Var vänlig skicka in blanketten!

Resektion av primärtumör <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Alternativ 1. Besvaras om Resektion = Ja	Alternativ 2. Besvaras om Resektion = Nej
Neoadjuvant/adjuvant kemo-/radioterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Kurativt syftande primär kemo-/radioterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Radioterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, startdatum	Radioterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, startdatum
Totaldos,Gy Antal fraktioner	Totaldos,Gy Antal fraktioner
Primärtumör <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Primärtumör <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Neoadjuvant ¹ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Adjuvant ² <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Kemoterapi/Systemterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja startdatum	Kemoterapi/Systemterapi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, startdatum
Ange nr för given kemoterapi/systemterapi nedan ³	Ange nr för given kemoterapi/systemterapi nedan ³
Kemo-/systemterapi (se baksida)	Kemo-/systemterapi (se baksida)
Om annat preparat givits, ange vilket	Om annat preparat givits, ange vilket.....
Neoadjuvant ¹ <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Adjuvant ² <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
	Pat går till salvage kirurgi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Recidiv/progress Nej Ja

Lokalt Nej Ja – Datum

Regionalt Nej Ja – Datum

Fjärrmetastas Nej Ja – Datum

Palliativ behandling eller recidivbehandling

Radioterapi Nej Ja

Extern radioterapi Nej Ja Primärtumör Nej Ja
 Fjärrmetastas Nej Ja

Brachyterapi Nej Ja

Kemoterapi Om pat i samband med op fått kemoterapi så räknas det som 1:a linjen, fyll i så fall i 2:a linjen
Ange nr för given kemoterapi/systemterapi nedan enl förteckning på baksidan ³

Första linjen Nej Ja
 Om annat preparat givits, ange vilket.....

Andra linjen Nej Ja
 Om annat preparat givits, ange vilket.....

Tredje linjen Nej Ja
 Om annat preparat givits, ange vilket.....

Ytterligare kemo/systemterapi Nej Ja
 Om annat preparat givits, ange vilket.....

Stent Nej Ja Gastrostomi Nej Ja
 PEG Nej Ja Annan Nej Ja, vilken

Studiedeltagande

Har patienten ingått i någon/ några studier? Nej Ja, vilken/vilka.....

Kommentarer:

¹ Tilläggsbehandling före kirurgi
² Tilläggsbehandling efter kirurgi
³ Se baksida för att fylla i ett nummer som motsvarar given Kemoterapi/Systemterapi

Nr	Cytostatika³
01	Bevacizumab (Avastin)
02	Capecitabin (Xeloda)
03	Cetuximab (Erbix)
04	Cisplatin
05	Docetaxel
06	Doxorubicin
07	Epirubicin
08	Etoposid (Etopofos, Vepesid)
09	Fluorouracil
10	Gemcitabin
11	Ifosfamid
12	Irinotekan (Campto)
13	Karboplatin
14	Mitomycin C
15	Oxaliplatin
16	Paklitaxel
17	Topotekan (Hycamtin)
18	Trastuzumab (Herceptin)
99	Annan

Nr	Cytostatika¹
01	Bevacizumab (Avastin)
02	Capecitabin (Xeloda)
03	Cetuximab (Erbix)
04	Cisplatin
05	Docetaxel
06	Doxorubicin
07	Epirubicin
08	Etoposid (Etopofos, Vepesid)
09	Fluorouracil
10	Gemcitabin
11	Ifosfamid
12	Irinotekan (Campto)
13	Karboplatin
14	Mitomycin C
15	Oxaliplatin
16	Paklitaxel
17	Topotekan (Hycamtin)
18	Trastuzumab (Herceptin)
99	Annan