

Viscerala & Retroperitoneala sarkom -
Anmälan (gäller som canceranmälan)
 Nationellt kvalitetsregister Gäller fr om 2012 01

Blanketten ifylles och skickas till:
 Regionalt cancercentrum

Klinik/sjukhus

Läkare

Personnr _____ - _____ **1:2**
 år mån dag

Namn

Diagnos

Diagnosdatum	år	mån	dag		
Remissdatum	år	mån	dag	Datum för remissankomst	år mån dag
Datum första besök cancercenter	år	mån	dag		
Status vid remittering <input type="checkbox"/> Ej remitterad <input type="checkbox"/> Orörd <input type="checkbox"/> Finnålsbiopsi <input type="checkbox"/> Grovnålsbiopsi <input type="checkbox"/> Öppen biopsi <input type="checkbox"/> Marginell excision <input type="checkbox"/> Efter vid excision <input type="checkbox"/> Lokalrecidiv <input type="checkbox"/> Efter metastaser <input type="checkbox"/> Skrapning (curretage) <input type="checkbox"/> Excision <input type="checkbox"/> (Intralesionell) Excision/Curretage					
Preoperativ diagnosmetod, utförd före remittering eller på cancercenter (flera alternativ kan anges) <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Finnålsbiopsi <input type="checkbox"/> Grovnålsbiopsi <input type="checkbox"/> Öppen biopsi <input type="checkbox"/> Skrapning (curretage) <input type="checkbox"/> Endoskopi <input type="checkbox"/> Annan					
Diagnosgrund (endast ett alternativ ska anges) 1. <input type="checkbox"/> Klinisk undersökning 5. <input type="checkbox"/> Cytologisk undersökning 2. <input type="checkbox"/> Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR, CT eller motsv. undersökning 6. <input type="checkbox"/> Operation utan histopatologisk undersökning 3. <input type="checkbox"/> Provexcision eller operation med histopatologisk undersökning 7. <input type="checkbox"/> Obduktion utan histopatologisk undersökning 4. <input type="checkbox"/> Obduktion med histopatologisk undersökning 8. <input type="checkbox"/> Annan laboratorieundersökning					
Diagnostiserande patologi- eller cytologiavdelning eller annan avdelning					
Preparatnummer inkl år -					
Morfologisk diagnos (i klartext)					
Morfologisk diagnos, histotyp <input type="checkbox"/> Högradig pleomorfisk/MFH <input type="checkbox"/> Liposarkom <input type="checkbox"/> Leiomyosarkom <input type="checkbox"/> Rhabdomyosarkom <input type="checkbox"/> Synovial fibr. tumor/ Hemangiopericytom <input type="checkbox"/> Synovial sarkom <input type="checkbox"/> MPNST <input type="checkbox"/> Ewing´s/PNET <input type="checkbox"/> Fibromatosis <input type="checkbox"/> Angiosarkom <input type="checkbox"/> GIST <input type="checkbox"/> Endometrial stromal sarcoma <input type="checkbox"/> Småcelligt sarkom (DSRCT) <input type="checkbox"/> Mjukdelssarkom, oklassificerat <input type="checkbox"/> Annan typ			Primärtumörens lokalisation (fritext) ICD-kod, läge: _____ Primärtumörens läge: <input type="checkbox"/> Esofagus <input type="checkbox"/> Ventrikel <input type="checkbox"/> Tunntarm <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Mjälte <input type="checkbox"/> Uterus <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Bukvägg <input type="checkbox"/> Bäckén <input type="checkbox"/> Blåsa <input type="checkbox"/> Bröst <input type="checkbox"/> Retroperitoneum <input type="checkbox"/> Övrigt		
SNOMED-kod, primärtumör _____ (Ifylles av monitor)			Sida (vid pariga organ och kroppsdelar) <input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> Inte tillämpligt		
Genetisk analys utförd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja					
Primärtumörens växtsätt <input type="checkbox"/> Välavgränsad (Pushing) <input type="checkbox"/> Infiltrativ <input type="checkbox"/> Ej bedömt					
Primärtumör med kärlinväxt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej bedömt					
Nekros i primärtumör <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej bedömt			Andel nekros i primärtumör <input type="checkbox"/> <50% <input type="checkbox"/> ≥50%		

Viscerala & Retroperitoneala sarkom -
 Anmälan (gäller som canceranmälan)
 Nationellt kvalitetsregister Gäller fr om 2012 01

Blanketten ifylles och skickas till:
 Regionalt cancercentrum

Klinik/sjukhus

Läkare

Personnr - **2:2**
 år mån dag
 Namn

Mitoser i primärtumör
 <10/10 HPF 10-19/10 HPF ≥20/10 HPF
 <5/50 HPF (GIST) 5-10/50 HPF (GIST) >10/50 HPF (GIST) Ej bedömt

Malignitetsgrad: Malignitetsgrad:
 Malignitetsgrad ej bedömbär 4-gradig skala FNCLCC (3-gradig skala)

Primärtumörens storlek före behandling (största diameter) mm Ej möjlig att fastställa

Primärtumörens storlek postoperativt (största diameter) mm Ej möjlig att fastställa

Metastaser konstaterade vid diagnos av primärtumör Nej Ja

Lokalisation för metastas diagnostiserad vid diagnos av primärtumör
 Lunga Lymfkörtel Skelett Lever Peritoneum Multipel Carcinos Annan

TNM-klassifikation: **T:** **N:** **M:**