

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR TYREOIDEACANCER

Anmälan om nyupptäckt tyreoidacancer

Formuläret används som underlag för elektronisk rapportering till INCA eller insändes till Regionalt cancercentrum. Ifylles lämpligen vid MDK efter avslutad primärbehandling

Inrapporterande sjukhus/klinik

Ansvarig läkare

Datum för inrapportering (20ÅÅMMDD)

20 | | | | | | | |

Personnr.....

Namn.....

Canceranmälan (ANMÄLAN om tumörer och tumörliknande tillstånd från klinisk verksamhet)

Diagnosdatum (Datum då diagnosen fastställdes kliniskt och/eller genom morfologisk undersökning.)

20 | | | | | | | |

Diagnosgrund: (Endast ett alternativ tillåtet)

- Op med PAD eller PX
- Cytologisk undersökning (endast om ej opererad)
- Obduktion
- Klinisk undersökning om annan diagnosgrund saknas (Jämför med ca.reg)
- Röntgen eller motsvarande bildiagnostik
- Annan laboratorieundersökning

Diagnostiserande patologi-/cytologiavdelning

Preparatnummer/år

Nummer						År			

Morfologi (Endast ett alternativ tillåtet)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Papillär (8260/3) | <input type="checkbox"/> Icke-invasiv follikulär tyreoidatumör med "papillary-like" kärnor (NIFTP) (8349/1) |
| <input type="checkbox"/> Follikulär – minimalt invasiv (8335/3) | <input type="checkbox"/> Follikulär tumör av oklar (uncertain) malignitetspotential (8335/1) |
| <input type="checkbox"/> Follikulär- avkapslad angioinvasiv (8339/3) | <input type="checkbox"/> Väldifferentierad tyreoidatumör av oklar (uncertain) malignitetspotential (8348/1) |
| <input type="checkbox"/> Follikulär – massivt infiltrerande (8330/3) | <input type="checkbox"/> Hyaliniserad trabekulär tumör (8336/1) |
| <input type="checkbox"/> Onkocytär (8290/3) | <input type="checkbox"/> Annan |
| <input type="checkbox"/> Medullär (8345/3) | |
| <input type="checkbox"/> Lågt differentierad (8337/3) | |
| <input type="checkbox"/> Anaplastisk (8020/3) | |
| <input type="checkbox"/> Blandad medullär och follikulär (8346/3) | Annan morfologi, specificera |

Multifokal tumör

- Nej
- Ja, om ja, ange antal
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - Mer än 5

Lymfkörtelstatus

Antal undersökta körtlar

--	--

Antal positiva körtlar

--	--

Vid multifokala tumörer klassas den största tumören

Tumörutbredning, TNM-klassifikation

Om diagnosdatum tidigare är 2019-01-01 så klassa efter 7:e upplagan, annars klassas efter 8:e upplagan

T	<input type="checkbox"/> Klinisk	Patologisk
N	<input type="checkbox"/> Klinisk	Patologisk
M	<input type="checkbox"/> Klinisk	Patologisk

Patienten vidareremitterad till (sjukhus och klinik)

Om cytologi utförts, ange Bethesda-klassifikation:

- I II III IV V VI Uppgift saknas

Lettdider

Remiss utfärdad

20 | | | | | | | |

Ej relevant sökt själv

Remissankomst/sökt själv

20 | | | | | | | |

Uppgiften saknas i journalhandling

Första besök hos behandlande specialist

20 | | | | | | | |

Första behandlingsbeslut

20 | | | | | | | |

Behandlingsstart (webbvariabel, hämtas automatiskt)

20 | | | | | | | |

Preoperativt fastställd malignitet (endast Bethesda 5, 6)

- Nej Ja

Fortsätter på sida 2->

Utförd primärbehandling**Behandling**

Kirurgi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange datum för 1:a operation	2 0
2-seansoperation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange datum för 2:a operation	2 0
			Andra operation utförd på annan enhet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
			Om Ja, ange vilken.....	
Extern strålbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange datum för behandlingsstart	2 0
Medicinsk onkologisk behandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, ange datum för behandlingsstart	2 0

Sammanfattande primärkirurgiPrimäroperation tyreoida: Nej Ja

Om primäroperation tyreoida, summering av utförd primärkirurgi:

- Total tyreoidektomi
- Hemityreoidektomi
- Annan, specificera.....

Lymfkörtelutrymning Nej Ja

Om lymfkörtelutrymning:

VI	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Ipsilateralt II-IV	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Ipsilateralt V	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kontralateralt II-IV	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kontralateralt V	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera

Riskbedömning

Diskussion vid multidisciplinär konferens?

 Nej Ja Konferens datum **2** | **0** | | | | | | | |

Riskgrupp vid papillär och follikulär cancer (endast ett alternativ tillåtet)

 Extrem lågrisk Lågrisk Högrisk/Intermediärrisk Högrisk

Behandlingsintention (endast ett alternativ tillåtet)

 Kurativt Icke kurativt
Fortsatt behandlingsplan

Färdigbehandlad inom specialistvård i och med genomförd behandling (ingen tumöruppföljning): Nej Ja

Om Nej:

Kompletterande kirurgi Tyr Nej JaKompletterande kirurgi Igl Nej JaI-131 indikation Nej Ja

Om ja, ange indikation (endast ett alternativ tillåtet):

 Ablation Adjuvant Metastasbehandling
Extern strålbehandling Nej JaCytostatika Nej JaTyrosinkinashämmare Nej JaTyroxinsuppression Nej JaAnnat tumörbehandling Nej Ja

Behandlingsrekommendation

Behandlingsrekommendation enligt vårdprogram?

 Nej Ja

Om Nej, ange orsak:

- Annan sjukdom
 Dåligt allmäntillstånd
 Vill ej (patientens val)
 Annat

Uppföljande enhet (sjukhus och klinik), om annan än inrapporterande enhet:

Kontaktsjuksköterska

Finns namngiven kontaktsjuksköterska

 Nej Ja Uppgift saknas**Patienten avslutas i registret**Patienten avslutas i registret Nej Ja

Om Ja, ange orsak

- Enligt vårdprogram
 Död
 Annat

Om Död, ange dödsdatum

2 | 0 | | | | | |

Avliden med tyreoidcancer

 Nej Ja

Om avliden med tyreoidcancer, specificera

- Död av sjukdomen
 Död med sjukdomen
 Vet ej