

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR TYREOIDEACANCER Uppföljning 1 år efter blankett 2 och därefter årligen till avslut Formuläret används som underlag för elektronisk rapportering till INCA eller insändes till Regionalt cancercentrum Inrapporterande sjukhus/klinik Ansvarig läkare	Personnummer:..... Namn:.....
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) 2 0	
Kontrollinformation	
Datum för kontroll av tumörstatus 2 0	
Om kontrollerna överförs till annan enhet, ange sjukhus och klinik	
Sammanfattande tumörstatus	
<input type="checkbox"/> Tumörfri efter primärbehandling (Negativa tumörmarkörer och ej klinisk verifierbar sjukdom) <input type="checkbox"/> Ej tumörfri (efter primärbehandling eller då ingen primärbehandling givits) Biokemiskt verifierbar sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Kliniska fynd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om Ja, specificera nedan) Lokalt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Regionalt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fjärr <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ej bedömbart om tumörfri efter primärbehandling Svårtolkade tumörmarkörer <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Oklara kliniska fynd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Recidiv <input type="checkbox"/> Tumörfri efter behandling av recidiv <input type="checkbox"/> Ej bedömbart om tumörfri efter behandling av recidiv Svårtolkade tumörmarkörer <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Oklara kliniska fynd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Information angående aktuellt recidiv	
Biokemiskt recidiv <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Morfologiskt recidiv <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om Ja, specificera nedan) Lokalt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Regionalt <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fjärrmetastasering <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Datum för upptäckt/diagnos av aktuell recidiv 2 0	
Planerad recidivbehandling Kirurgi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Radiojod <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Extern strålbehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Medicinsk onkologisk behandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Laboratorievärden (Basala)	
TSH: <input type="checkbox"/> Ej utfört Datum för provtagning Referensintervall <input type="checkbox"/> Utfört _____, _____ 2 0 _____, _____ - _____ mIE/l mIE/l mIE/l	
Tg-status: <input type="checkbox"/> Ej utfört Datum för provtagning Referensintervall	

	<input type="checkbox"/> Utfört	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tg-Ak:	<input type="checkbox"/> Ej utfört		Datum för provtagning	Referensintervall			
	<input type="checkbox"/> Utfört	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calcitonin:	<input type="checkbox"/> Ej utfört		Datum för provtagning	Referensintervall			
	<input type="checkbox"/> Utfört	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	om utfört ange enhet:	<input type="checkbox"/> pmol/L					
		<input type="checkbox"/> ng/L					
CEA:	<input type="checkbox"/> Ej utfört		Datum för provtagning	Referensintervall			
	<input type="checkbox"/> Utfört	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Laboratorievärden (Stimulerade)

Stimulerade laboratorievärden? Nej Ja

Om Ja: Rekombinant TSH Endogent TSH

TSH: Ej utfört Datum för provtagning Referensintervall

Utfört , 20 Se Laboratorievärden (Basala)

mIE/l

Tg-status: Ej utfört Datum för provtagning Referensintervall

Utfört , 20 Se Laboratorievärden (Basala)

µg/L

Tg-Ak: Ej utfört Datum för provtagning Referensintervall

Utfört , 20 Se Laboratorievärden (Basala)

kE/L

Calcitonin: Ej utfört Ange högsta värde Datum för provtagning Referensintervall

Utfört , 20 Se Laboratorievärden (Basala)

om utfört ange enhet: pmol/L

ng/L

Kontaktsjuksköterska

Finns namngiven kontaktsjuksköterska

Nej Ja Uppgift saknas

Avslut av kontroller

Datum för avslutade kontroller 20

Orsak:

Avslutade enligt vårdprogram

Död

Annat Om Död, ange dödsdatum 20

Avliden med tyreoidacancer Nej Ja

Om Avliden med tyreoidacancer, specificera Död av sjukdomen

Död med sjukdomen

Vet ej