

<b>Sjukhus, klinik</b> .....	<b>Personnr</b> <b>Namn</b>
Läkare .....	<i>Insändes till</i> Regionalt cancercentrum
Insändes till resp Regionalt cancercentrum (kopia kan behållas i journal)	

Komplet registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas

**Inrapporteringsdatum** ..... år-mån-dag

**Behandlande sjukhus/klinik (om annan än inrapporterande)** .....

## Strålbehandling (S) – fyll i en blankett per strålbehandlingsomgång

**Startdatum** ..... år-mån-dag

**Slutdatum** ..... år-mån-dag

Gavs hela den planerade strål-  Nej ↓  Ja  
behandlingen?

Om nej, orsak  Biverkningar

Patientens önskemål

Nedsatt allmäntillstånd

Annan orsak .....

**Strålteknik**

3D-DT

IMRT (inkluderar VMAT, tomoterapi)

Annan .....

**Bestrålning mot** (Här anges den givna stråldosen – inte den planerade)

Primärtumör  Nej  Ja, totaldos .....Gy, antal fraktioner .....

Lymfkörtelmetastaser  Nej  Ja, totaldos .....Gy, antal fraktioner .....

Adjuvanta lymfkörtlar  Nej  Ja, totaldos .....Gy, antal fraktioner .....

Skelettmetastaser  Nej  Ja, totaldos .....Gy, antal fraktioner .....

Annat  Nej  Ja, totaldos .....Gy, antal fraktioner .....

Ange, vad .....

## Cytostatikabehandling (C) – fyll i en blankett per behandlingsomgång

**Startdatum** ..... år-mån-dag

**Slutdatum** ..... år-mån-dag

(Startdatum för sista cykeln)

**Antal cykler** .....

**Preparat** (i cykel 1, ev preparatbyte under en behandlingslinje registreras ej)

**Preparat**

Cisplatin

Karboplatin

5FU bolus

5FU infusion

Capecitabin

Mitomycin C

Cetuximab

Panitumumab

Paklitaxel

Annat .....