

Opererande / behandlande Sjukhus, klinik	Personnr Namn
Läkare	<i>Insändes till</i> Regionalt cancercentrum
Insändes efter utredning till resp Regionalt cancercentrum (kopia kan behållas i journal)	

Utredning

Diagnosdatum.....År-mån-dag

Datum för remissens utfärdandeÅr-mån-dag

Datum för ankomst av remissÅr-mån-dag Endast klinisk diagnos Ja

1:a läkarbesök kirurgklinikÅr-mån-dag Screeningupptäckt Nej Ja

Preterapeutisk staging avseende primärtumör Nej Ja: → Modalitet: CT MR Rektalt ultraljud

Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser Nej Ja: → Modalitet: CT MR Lungrtg PET/CT

Preterapeutisk staging avseende levermetastaser Nej Ja: → Modalitet: CT MR Ultraljud PET/CT

Utfall av preterapeutisk staging/utredning cT cN cM

cT1-2 cN0 cM0

cT3 cN1-2 cM1 → Lever Nej Ja

cT4 cNX Lunga Nej Ja

cTX Peritoneal carcinos Nej Ja

 Annat Nej Ja

 Annat, specificera

Hotad MRF/MCF Nej Ja Uppgift saknas

Positiv MRF/MCF Nej Ja Uppgift saknas

Tumörlokalisering Tumörläge (separat blankett ifylles för varje tumör om multipla tumörer)

Colon – v g fyll i tumörläge → 1 Appendix 4 Flexura hepatica 7 Descendens

 2 Caecum 5 Transversum 8 Sigmoidium

 3 Ascendens 6 Flexura lienalis 9 Ej bedömbart

Rektum → Rektoskopi, nedre tumörnivå: cm från anus (gäller rektalcancer)

Ej bedömbart

Preterapeutisk bedömn i multidisciplinär terapigrupp Nej Ja, 1:a datumÅr-mån-dag

 - om ja, bedömd av Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Ssk

Ytterligare behandling planerad inför operation av primärtumör Nej Ja

Preop strålbehandling Nej Ja, Sjukhus/klinik.....

Preop cytostatikabehandling Nej Ja, Sjukhus/klinik.....