

**MANUAL FÖR
NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR
KOLOREKTAL CANCER**

**PRIMÄR REGISTRERING
2017**

Regionalt cancercentrum norr

Manualen är utarbetad av

Nationella kolorektalcancerregistrets stödteam – RCC Norr

Regionalt cancercentrum norr

Norrlands universitetssjukhus
901 85 UMEÅ

Besöksadress: NUS, Målpunkt G21

Innehållsförteckning

Hittade inga poster för innehållsförteckning.

Kriterier för inrapportering i kolorektalregistret

Inklusionskriterier

Alla nydiagnostiserade fall av adenocarcinom i kolon och/eller rektum

Rektalcancer: ICDO C209, med pad-kod 096 eller 996

Koloncancer: ICDO C18 med pad-kod 096 eller 996

Läge ICDO C199 skall kontrolleras och registreras enligt följande: Sitter tumören ≤ 15 cm från anal verge mätt med stelt rektoskop registreras denna som en rektalcancer. Om tumören sitter >15 cm från anal verge mätt med stelt rektoskop registreras denna som en sigmoideumcancer.

Exklusionskriterier

Icke-invasiva tumörer ska inte registreras.

Goblet-cells carcinoid skall inte registreras.

Pseudomyxoma peritonei skall inte registreras.

Neuroendokrina tumörer skall inte registreras.

Obduktionsupptäckta kolorektala cancer ska inte registreras.

Svenska medborgare som opereras i utlandet ska canceranmälas men ska inte rapporteras till kolorektalregistret.

Patient med skyddad identitet ska inte registreras. (Monitorinformation: formuläret ska tas bort med Avbryt och Radera, ej makuleras, det ska tas bort helt).

Patient som avböjer deltagande i registret ska inte registreras.

Patient med reservnummer ska inte registreras.

Anmälan till kolorektalregistret och cancerregistret

För att underlätta rapportering har man beslutat att canceranmälan och anmälan till kolorektalregistret ska ske på samma blankett.

Övrigt

I manualen finns inskrivet vilka variabler som bara monitor ser.

Om det är ett datum som ska fyllas i men exakt datum inte går att få fram så kan man ange dag 15, exakt år och månad måste dock anges.

Beskrivning av primär registrering för kolorektal cancer

Variabler	Variabelbeskrivning/
Personuppgifter	
Personnummer	Personnummer, t ex 19XXXXXXXXXX
Patientens namn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	K= kvinna, M=man. Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Hemort vid diagnos	Kod för län, kommun och församling (LKF). Hämtas automatiskt från befolkningsregister. Synlig för inrapportör.
FLIK 1 Anmälan (Canceranmälan)	
Inrapporteringsuppgifter	
Initierat av	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapporteringen ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar inrapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapporterande enhet	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Kommentar	Textfält för kompletterande upplysningar.
Anmälände läkare	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Datum för inrapportering	Sätts automatiskt av INCA
Primära diagnosuppgifter	
Diagnosdatum	Datum för klinisk kolorektalcancerdiagnos, d.v.s. datum för när tumören sågs första gången. Oftast datum för koloskopi vid koloncancer eller datum för rektoskopi vid rektalcancer. Alternativt datum då man vid radiologisk undersökning upptäckt tumören om detta var första datumet. Detta oavsett om morfologisk diagnos finns före ev behandling eller ej. Operationsdatum används enbart om kolorektal cancer var ett överraskningsfynd vid operation. Datum för PAD används bara om cancer inte misstänktes innan PAD-svar anlänt, oavsett om PAD avser px eller operationspreparat.
Ålder vid diagnos	Räknas ut automatiskt.
Datum remissens utfärdande	Datum som remitterande läkare skrivit på remissen (ofta benämnt remissdatum)
Datum för ankomst av remiss	Datum för ankomst av remiss för aktuell sjukdom till kirurgklinik.
Datum för 1:a läkarbesök vid kirurgklinik	Datum för det första besöket på kirurgklinik för den aktuella sjukdomen.
Endast klinisk diagnos	Anges då patientens diagnos inte kommer att fastställas via cytologi/patologi.
Screeningupptäckt	Anges då patienten diagnostiserats via allmänt program för hälsokontroll

Preterapeutisk staging/utredning

Preterapeutisk staging avseende primärtumör	Bekräfta eller negera huruvida preoperativ utredning av primärtumörens utbredning skett och markera om detta gjorts med datortomografi eller MR. För rektalcancer kan också rektalt ultraljud markeras. Om flera modaliteter använts, markera samtliga
Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser	Bekräfta eller negera huruvida preoperativ metastasutredning av lungorna utförts samt vilken modalitet som använts. Om flera modaliteter använts, markera samtliga.
Preterapeutisk staging avseende levermetastaser	Bekräfta eller negera huruvida preoperativ radiologisk metastasutredning av levern utförts samt vilken modalitet som använts. Om flera modaliteter använts, markera samtliga
cT	Ange vilket tumörstadium enligt TNM som föreligger enligt den preoperativa utredningen (= kliniskt status). Om sådan klassificering är ofullständig eller inte är möjlig, ange X-alternativet. För att minimera användandet av X-kategorin – ställ gärna riktad fråga angående T- och N-stadium på röntgenremisserna. I avsaknad av specifikt svar, tolka utlåtandena. Om cM1 angetts – markera huruvida lever- eller lungmet påvisats.
cN	
cM	
Hotad MRF/MCF	Fylls i om cT3 eller cN1-2 markerats (MRF=mesorektal fascia, MCF=mesocolisk fascia)
Positiv MRF/MCF	

Tumör


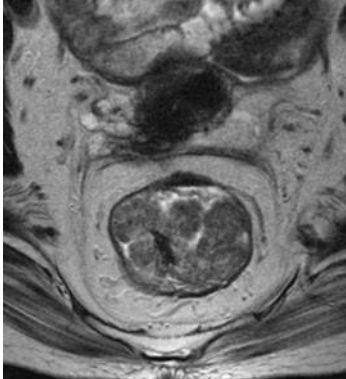
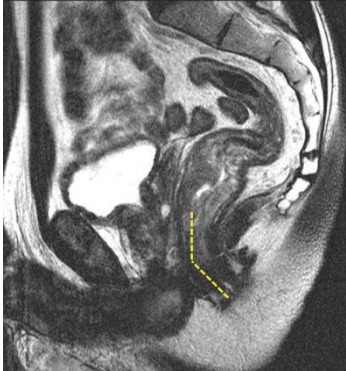

Tumörlokalisering	Ange kolon om nedre begränsningen av tumören är >15 cm ovan anus vid utdragande av stelt rektoskop. Ange rektum om nedre delen av tumören är ≤15 cm ovan anus vid utdragande av stelt rektoskop. Ange ej bedömbart endast i de fall detta inte kan bedömas (såsom vid generaliserad icke opererat tumörfall med primärtumör i övergången rektum-sigmoideum).
Rektoskopi, nedre tumörnivå. Ange cm från anus (gäller rektalcancer)	Ange tumörnivå i cm. <i>Endast synlig om tumörlokalisering = Rektum</i>
Tumörläge	Ange primärtumörens lokalisering. I de fall multipla cancer föreligger, fyll i <u>en blankett för varje tumör</u> . (Nödvändigt för cancerregistret). Ange ej bedömbart endast i de fall detta inte kan bedömas (såsom vid generaliserad kolorektal cancer där primärtumören inte kunnat påvisas). <i>Endast synlig om tumörlokalisering = Colon</i>
Preterapeutisk bedömning	
Preterapeutisk bedömning i multidisciplinär terapigrupp	Bekräfta eller negera huruvida patienten är bedömd multidisciplinärt avseende vilken behandling som planerats (innan ev. neoadjuvant behandling inletts eller operation utförts). Med multidisciplinär terapigrupp avses en grupp bestående av kirurg, onkolog, radiolog och patolog.
1:a datum för bedömning	Ange datum när MDT-bedömning utförts <i>Endast synlig om preterapeutisk bedömning i multidisciplinär terapigrupp = ja</i>
Bedömd av	Ange vilka yrkesgrupper som deltagit vid MDT-bedömning
Bilddiagnostik bedömd vid radiologklinik	Välj i rullistan vilket sjukhus och radiologklinik som bedömt bilddiagnostiken
Sjukhuskod, klinikkod	Sätts automatiskt
Skicka ärende till radiologklinik	Används när formuläret ska skickas till ansvarig radiologklinik
Behandling/operation av primärtumör planeras vid sjukhus, klinik	Välj i rullisten vilket sjukhus och kirurgklinik som planeras operera patienten
Sjukhuskod, klinikkod	Sätts automatiskt
Skicka ärende till behandlande sjukhus/klinik	Används när formuläret ska skickas till ansvarig kirurgklinik Ska det fyllas i om kir klin är densamma som den som startat ärendet?

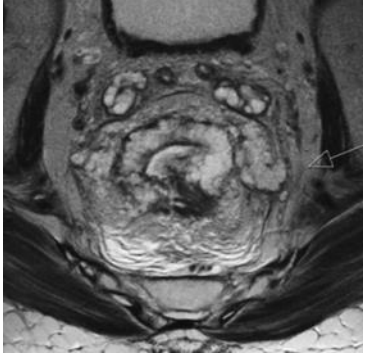
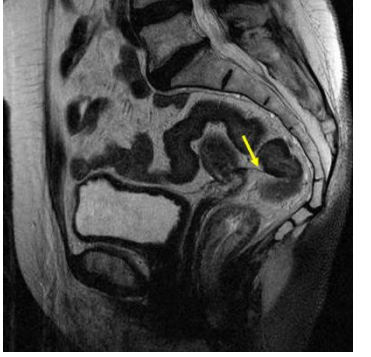
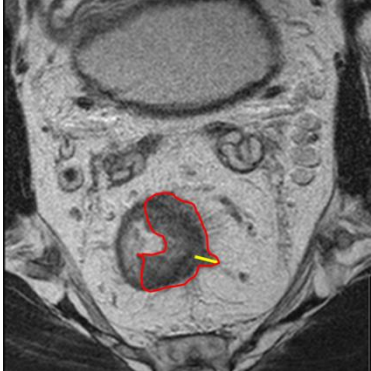

Preop behandling	
Ytterligare behandling planerad inför operation av primärtumören	Besvaras med "ja" om patienten är bedömd som inoperabel och remitteras till onkologisk behandling men med intentionen att göra en ny bedömning av resektabiliteten efter en tids onkologisk behandling.
Preoperativ strålbehandling	Ange om strålbehandling mot primärtumören gjorts preoperativt.
Strålbehandlande sjukhus/klinik	Välj i rullisten vilket sjukhus och klinik som kommer att ge den preoperativa strålbehandlingen <i>Endast synlig om Preop strålbehandling = ja</i>
Sjukhuskod	Sätts automatiskt. <i>Synlig endast för monitor.</i>
Klinikkod	Sätts automatiskt. <i>Synlig endast för monitor.</i>
Preop cytostatikabehandling	Ange om cytostatikabehandling mot primärtumören gjorts preoperativt.
Behandlande sjukhus/klinik	Välj i rullisten vilket sjukhus och klinik som kommer att ge den preoperativa cytostatikabehandlingen <i>Endast synlig om Preop strålbehandling = ja</i>
Sjukhuskod	Sätts automatiskt. <i>Synlig endast för monitor.</i>
Klinikkod	Sätts automatiskt. <i>Synlig endast för monitor.</i>

Flik 2 Radiologi

Inrapporteringsuppgifter	
Initierat av	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar rapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapporterande enhet	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Kommentar	Textfält för kompletterande upplysningar.
Radiolog	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Datum för inrapportering	Sätts automatiskt av INCA
Undersökningar	
1. Undersökningar	Samtliga bilddiagnostiska undersökningsmodaliteter som utgör underlag för TNM bedömning av radiolog anges. Observera att det gäller undersökningar före neoadjuvant behandling. Vid flera (synkrona) kolorektala tumörer används en blankett per tumör.
2. MDT konferens/Röntgenrund datum	Datum då röntgenrund eller multidisciplinär konferens ägt rum då undersökningar demonstrerats.
4. Tumör	Om "ingen tumör avgränsad radiologiskt" är vald sker ingen ytterligare bedömning av T-stadium.
Koloncancer	
5. Morfologi	Se punkt 16. Samma princip som för rektalcancer. Annulär – tumören växer utmed en del eller hela circumferensen Polypös – tumören har en smalare bas än den luminala delen som utfyller rektum
6. Lokalisation	Tumörens huvudsakliga lokalisation. För tumörer som sträcker sig över flera tarmavsnitt anges den lokalisation där tumören har sitt centrum eller tecken på djupast genomväxt enligt T-stadium.
7. Tumörlängd	Annulär tumör – Den längd i tarmens längsriktning som är

	engagerad av tumör mäts i mm. Polypös tumör – Den maximala längden av tumören.
8. Mucinöst inslag	Se punkt 20. Samma princip som vid rektalcancer.
9. Begränsas till tarmväggen	DT-tumören bedöms begränsad till tarmväggen om en intakt yttre kant av tarmvägg kan identifieras där tumören har sin djupast växande portion. Nodulära extensioner utanför tarmväggen mäts i mm. Det kan även gälla serpentinformade extensioner som följer blodkärl (se extramural kärlinvasion punkt 11). MRT Intakt yttre kant av muscularis propria där tumör bedöms växa som djupast krävs för att tumören skall bedömas som begränsad till tarmväggen.
Växt i perikoliska fett med extramural utlöpare, mm	Extramural utbredning i mm mäts som vid rektalcancer enligt punkt 23.
10. Tumörväxt på antimesenteriell sida	Om tumören har sin extramurala utbredning på del av colon som inte har mer en täckning av serosa finns skäl att misstänka serosagenombrott. Den antimesenteriella sidan identifieras lättast genom att den i transversum och sigmoideum är den motsatta sidan mot den lilla del av cirkumferensen där kärldrängen går in och försörjer tarmen. I colon descendens och ascendens är den antimesenteriella sidan lokaliserad anteriort.
11. Tumör infiltrerar angränsande organ	Ange vilka angränsande organ tumören växer i.
12. Extramural tumör inom en mm eller växer över på retroperitoneal fascia	Vid dorsal extramural utbredning mäts denna i mm. Hotad (inom en mm) och engagerad (0 mm) resektionsmarginal som vid rektalcancer. <i>Ses endast om tumörlokalisering å colon ascendens och descendens.</i>
13. Tecken på extramural kärlinvasion	Om extramural tumörväxt fortsätter i ett förlopp av ett vidgat extramuralt blodkärl innehållande tumörsignal på T2-viktade bilder (MRT). I de allra flesta fall rör det sig här om T3 – T4 tumörer och det kan vara svårt att skilja om det rör sig om enbart extramural tumör eller detta kombinerat med kärlinvasion.
14. Lymfkörtlar, mesenteriella (N) och paraortala (M) lymfkörtlar	Förekomst av lymfkörtlar längs tumörens mesenteriella dräneringsområde som antingen har heterogen ytterkontur eller oregelbunden intern attenuering/signalintensitet på kontrastförstärkt DT eller T2-viktad MRT eller kort axeldiameter överstigande 10 mm. Retroperitoneala lymfkörtlar mer än 10 mm i kort axeldiameter bedöms som metastaser även om andra faktorer i patientens övriga sjukdomshistoria måste beaktas vad gäller individuell förekomst av lymfkörtlar. Om andra subjektiva skäl för bedömning av lymfkörtelmetastaser, ange här.
15. Fjärrmetastaser	Om uppenbart fjärrmetastaser i retroperitoneala lymfkörtlar, lever, lungor, peritoneum eller ovanligt förekommande lokaler som skelett anges det här. Om fjärrmetastasutredningen behöver kompletteras med ytterligare radiologi innan operation ifylls denna ruta först när utredningen är klar. M1a innebär ett organ med fjärrmetastaser och M1b innebär att mer än ett organsystem är engagerat av metastaser, till exempel lever och lungor.

Rektum		
16. Morfologi	Tumörens huvudsakliga morfologiska växtsätt anges:	
	Annulär – tumören växer utmed en del eller hela cirkumferensen	
	Polypös – tumören har en smalare bas än den luminala delen som utfyller rektum	
17. Del av cirkumferensen	Anges vilken riktning tumören har sin dominanta/djupaste växt. Om läget är mitt mellan två positioner anges bägge dessa.	
18. Läge från yttre ändtarmsöppningen	Mäts i mm enligt streckad linje nedan från yttre ändtarmsöppningen på sagittell MR-bild. Vid polypösa tumörer notera att det är den väggfasta delen av tumören som detta skall relateras till.	
19. Tumörlängd	Tumörens längd i mm mäts på sagittell T2-viktad MR-bild. För polypösa tumörer som under punkt 7.	
		

20. Mucinöst inslag	Den dominerande delen av tumören har hög signal på T2-viktade MR-bilder eller lågattenuerande vid datortomografi.	
21. Läge i förhållande till peritoneal omslagsrand	Läget av tumören i förhållande till peritoneal omslagsrand anges. Den kan vara nedanför, i höjd med eller ovanför, två av dem eller alla tre beroende av var tumören har vägginfiltration Gul pil nedan anger identifiering av omslagsranden på sagittell MR-bild.	
22. Begränsas till tarmväggen	Som vid punkt 9	
23. Extramural utväxt	Extramural tumörutbredning mäts i mm från en tänkt yttre kant på muscularis propria till ytterkanten på tumör. Observera att nodulära eller serpentinformede extensioner med tumörsignal på T2-viktade bilder mäts (och inte lågsignalerande spikuleringar).	
24. Utlöparen växer över på	Som punkt 11 vid koloncancer	
25. Minsta avstånd till mesorektal fascia	Ange minsta avståndet mellan tumörväxt utanför tarmvägg (inklusive ev. extramural kärlinvasion samt ev. fria tumöröar) och mesorektala fascian.	
26. Låg tumör (inom 6 cm från anal verge)	I höjd med eller nedom 6 cm från yttre ändtarmsöppningen.	
27. Extramural kärlinvasion	Om extramural tumörväxt fortsätter i ett förlopp av ett vidgat extramural blodkärl innehållande tumörsignal på T2-viktade bilder (MRT) I de allra flesta fall rör det här sig om T3-T4 tumörer och det kan vara svårt att skilja om det rör sig om enbart extramural tumör eller detta kombinerat med kärlinvasion.	
28. Mesorektala lymfkörtelmetastaser	Oavsett storlek om oregelbunden intern signalintensitet på T2-viktade bilder och/eller oregelbunden ytterkontur (OBS hög spatiell upplösning krävs).	
29. Extramesorektala lymfkörtelmetastaser	Samma kriterier som 28. Lateralt (N) Inguinalt (M) samma kriterier som 28. Paraaortalt (M) samma som vid koloncancer punkt 14	

30. Fjärrmetastaser (M)	Som vid koloncancer punkt 15.
Radiologiskt modifierad TNM7 Klassifikation	Tillämpliga delar enligt radiologimodifierad TNM 7 (UICC) som används är: T1 Tumörväxt i submucosa T2 Tumörväxt i muskularis propria T1-2 T3 Tumörväxt genom muskularis propria i angränsande fettväv a -1 mm extramural växt b 1-5 mm, c >5-15 mm, d>15-mm T4a Tumörväxt engagerande visceral peritoneum T4b Tumörväxt i angränsande organ EMVI- Ingen extramural kärlinvasion EMVI+ Extramural kärlinvasion MRF- Mesorektal gräns inte hotad eller engagerad MRF+ Mesorektal gräns hotad eller engagerad N0 Inga regionala lymfkörtelmetastaser N1 1-3 regionala lymfkörtelmetastaser (även inkluderat de utanför mesorektum längs iliaca int men dessa bör beskrivas separat) N2 4-6 regionala lymfkörtelmetastaser (iliaca int som ovan) M1a Fjärrmetastaser i ett organsystem M1b Fjärrmetastaser i mer än ett organsystem TX NX MX innebärande att stadium inte kan bedömas skall i största möjliga mån undvikas.
Hotad mesorektal fascia eller retroperitoneal marginal (mindre el lika med 1 mm	Nej – MRF mesorektal gräns inte hotad eller engagerad. Ja – MRF mesorektal gräns hotad eller engagerad.

Flik 3 Behandling/Op

Inrapporteringsuppgifter	
Initierat av	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar inrapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapporterande enhet	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Kommentar	Textfält för kompletterande upplysningar.
Anmälände läkare	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Datum för inrapportering	Sätts automatiskt av INCA
Preoperativa åtgärder	
Preop peroral tarmförberedelse	Ange om patienten fått peroral tarmrengöring, med t ex Laxabon, Phosphoral preoperativt.
Avlastning före ev resektion/resektionsförsök	Ange om patienten, till följd av manifest eller hotande obstruktion avlastats preoperativt med stent eller stomi Ange nej om intentionen var att avlastningen (stent eller stomi) var tänkt att vara permanent, oavsett om patienten senare fått avlastningen avlägsnad pga t.ex. komplikation eller reevaluerat tumörstatus.

	Ange ja om intentionen var att avlastningen (stent eller stomi) bara skulle vara temporär (bridge to surgery), oavsett om den senare blivit permanent
--	---

Kirurgisk åtgärd	
Kirurgisk åtgärd mot primärtumören	<p>Ange ja om operation/stent/polypektomi utförts. Ange nej om ingen resektion eller palliativ åtgärd utförts (stent/polypektomi). Ange även nej även om palliativ onkologisk behandling planeras eller påbörjats.</p> <p>Ange enbart stent - Ingen åtgärd förutom stentning inom aktuellt vårdtillfälle eller inom 30 dagar efter stentning, oavsett om intentionen med stentningen var temporär eller definitiv åtgärd)</p> <p>Ange Endoscopisk polypektomi - Ingen åtgärd förutom polypektomi inom aktuellt vårdtillfälle eller inom 30 dagar. Ev kompletterande resektion rapporteras på uppföljningsblankett eller ny koloncancer-blankett om kvarvarande cancer vid det tillfället).</p> <p>Ange Operation - markera ja om resektion eller palliativ åtgärd utförts via laparotomi eller laparoscopi)</p>
Åtgärdsdatum	Fyll i datum för stentplacering, polypektomi eller operation.
Placering	
Placering av proximal kärlligatur ej angivet	Kryssa här om nivån ej anges eller ej framgår klart
Placering av proximal kärlligatur ej tillämpligt	Kryssa här om ingen resektion och följaktligen ingen kärlligatur gjorts.
Placering av proximal kärlligatur/-er i figuren	<p>Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren. Markera den eller de siffror som bäst motsvarar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. motsvarar ligatur av ileocolicakärnen kloss an vid avgången från mesenterica superior kärnen. 2. motsvarar ligatur av ileocolicakärnen en bit ifrån avgången från mesenterica superior kärnen. 3. motsvarar ligatur av colica dextrakärnen kloss an vid avgången från mesenterica superior kärnen. 4. motsvarar ligatur av colica dextrakärnen en bit ifrån avgången från mesenterica superior kärnen. 5. motsvarar ligatur av colica mediakärnen kloss an vid avgången från mesenterica superior kärnen. 6. motsvarar ligatur av högra skänkeln av colica mediakärnen men sparande den vänstra skänkeln 6 + 7. motsvarar ligatur av colica mediakärnen en bit från avgången från mesenterica superior kärnen alternativt högra + vänstra skänklarna separat 7. motsvarar ligatur av vänstra skänkeln av colica mediakärnen men sparande den högra skänkeln 9. motsvarar ligatur av vänstra skänkeln av colica mediakärnen perifert - motsvarande Riols artär, sparande colica dextra vid en segment resektion av vänsterflexuren. 10. motsvarar ligatur av art mesenterica inferior invid avgången från aorta 11. motsvarar ligatur av colica sinistra kloss an vid avgången från mesenterica inferior kärnen. 12. motsvarar ligatur av mesenterica inferiorkärnen omedelbart efter avgången av colica sinistra kärnen. 13. motsvarar ligatur av sigmoiduembärnen sparande rectalis superior/ mesenterica inferiorkärnen 14. motsvarar ligatur av rektalis superior-kärnen i nivå med eller distalt om sigmoideumbärnens avgångar

Elektiv/Akut operation	<p>Planerad operation, där tidpunkten för operationen bestämts av <u>logistiska</u> skäl (oavsett vilken veckodag eller tidpunkt på dygnet operationen utförts, så länge anledningen till att operationen utförts vid just detta tillfälle inte varit påtvingat av medicinska skäl). Exempel: pat som inkommer akut med anemi, utreds, transfunderas och opereras senare under samma vårdtillfälle eftersom patienten inte kunde komma hem p g a bristande hemhjälp eller dylikt (eller att en lucka uppstått i det elektiva programmet); pat som inkommit 2 veckor tidigare med kolonileus, avlastats med stent och inkommer nu åter för inplanerad op.</p> <p>Operation som utförts akut/subakut pga <u>medicinska</u> skäl (oavsett vilken veckodag eller tidpunkt på dygnet operationen utförts så länge anledningen till att operationen utförts vid just detta tillfälle var ett akut medicinsk problem). Exempel är: exploration p g a akut buk/misstänkt appendicit där man finner en inflammerad/perforerad cancer; kolonobstruktion där patienten opereras dagtid 2-3 dagar efter inkomsten efter utredning och uppvätskning. Ange också orsak enligt kryssrutorna.</p>
Utförd operation	Markera ett alternativ. Om ingen typoperation gjorts, välj den operation som mest motsvarar ingreppet med hänsyn till tumören och de kärlligaturer som gjorts. Modifikationer och utvidgat ingrepp som inte har direkt med tumören att göra behöver således inte tas hänsyn till. Om synkrona tumörer förelåg skall separata blanketter lämnas.
Resektion av annat organ	<p>Ange ja om resektion skett av helt eller del av organ utanför primärt operationsfält, t.ex. tunntarm, tjocktarm, blåsa, vaginalvägg, lymfkörtel utanför primärt mesenterielt segment (t.ex. paraaortalt/iliaca), mjälte.</p> <p>Ange ja om hudexcision av ärrmetastas men nej om enbart ärrexcision.</p> <p>Ange nej om enbart px tagits från lever, peritoneum eller liknande.</p>
Samtidig levermetastasoperation	Ange ja om resektion eller termisk ablation av metastas utförts. Ange nej om endast px eller ingen operativ åtgärd utförts. Besvara denna fråga även om ni svarat samma sak i frågan innan – frågan är en kontrollpunkt för leveroperationsregistret.
Laparoskopisk operation	<p>Ange ja om operationen inletts laparoskopiskt i avsikt att göra resektionen helt eller delvis laparoskopiskt.</p> <p>Kryssa nej om operationen inletts laparoskopiskt i avsikt att endast bedöma resektabilitet eller liknande utan försök eller avsikt att utföra resektionen eller delmoment till denna laparoskopiskt.</p>
Om ja, Robotassisterad?	Ange ja om den laparoskopiska operationen utförts robotassisterad.
Om ja, Konverterad?	Ange ja om något moment utöver delning av tarm och anastomos utförts öppet.
Skyddande stomi	Ange ja om intentionen varit en temporär skyddande stomi – även om denna blivit permanent eller patienten avlidit innan stomin hunnit läggas ner.
Permanent stomi	Ange ja om intentionen varit en permanent stomi även om denna blivit nedlagd senare i samband med operation av annan anledning eller dylikt.
Peroperativ sköljning av rektum	Ange om peroperativ sköljning av rektum utförts eller ej
Peroperativ kolon-/rektumperforation	Ange ja om perforation skett oavsett om denna skett spontant eller iatrogen. Ifylls helst i anslutning till operationen, i annat fall enligt operationsberättelsen.
Om ja, tumörnära perforation	Ange om perforation skett tumörnära eller utanför tumörområdet, om detta går att utläsa. Markera i annat fall ej angivet.
Om ja, spontan/iatrogen perforation	Ange om perforation skett spontant eller iatrogen.

Operation bedömdes	
Lokalt radikal	Utgå från operatörens bedömning enligt operationsberättelse – ej från PAD. Ifylles helst i anslutning till operationen. Svara ej bedömbart endast om det ej går att utläsa från operationsberättelsen. Svara tveksamt om snäv marginal till säker tumörväxt eller om tveksamt p g a uttalad strålfibros gör det svårbedömt.
Kurativ	Utgå från operatörens bedömning enligt operationsberättelse – ej från PAD. Svara ej bedömbart endast om det ej går att utläsa från operationsberättelsen. Svara tveksamt om t ex oklara leverförändringar påträffats, som inte är beskrivna på preoperativa undersökningar.
Preparat skickat till patologavd	Ange till vilken patologavdelning preparatet skickats.
Patologavd kod	<i>Synlig endast för monitor.</i>
Kirurgi	
Kirurgisk kompetens vid op (markera samtliga)	Angesamtliga operatörers formella kompetensnivå, för dem som deltagit aktivt i operationen. Flera kryss således tillåtna. Kryssa ej för individ som enbart tillfrågats om råd eller synpunkt utan att aktivt deltagit i operationen.
Knivtid, start	Ange den exakta tid, timme+minuter, som anges i narkosjournalen (ska anges i formatet "HHMM" t ex 0800)
Knivtid, slut	Ange den exakta tid, timme+minuter, som anges i narkosjournalen (ska anges i formatet "HHMM" t ex 1600).
Operationstid (min)	Räknas automatiskt ut med hjälp av ovanstående.
ASA-klass	Ange ASA-klass enligt narkosjournalen
Peroperativ blödning enligt anestesijournal (ml)	Ange den uppskattade blödningsvolymen i milliliter enligt narkosjournalen (vare sig den uppfattas som rätt eller fel).
Längd	Ange längd (i heltal). Om längd ej framgår av journal, kryssa i ej dokumenterat.
Vikt	Ange vikt (i heltal). Om vikt ej framgår av journal, kryssa i ej dokumenterat.

Flik 4, PAD

Inrapporteringsuppgifter	
Initierat av	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar inrapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapporterande enhet	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Kommentar	Textfält för kompletterande upplysningar.
Patolog	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Datum för inrapportering	Sätts automatiskt av INCA
Primära diagnosuppgifter	
Opererande sjukhus klinik	Välj aktuellt sjukhus
Sjukhuskod, klinikkod	<i>Endast synlig för monitor</i>
Adenocarcinom	Ange om tumören är ett adenocarcinom eller ej enligt PAD-svaret. I gruppen adenocarcinom inkluderas subtyperna mucinöst adeno-carcinom, signetringcellscancer, medullär cancer, cancer av kribriform comedo-typ, mikropapillär cancer, sågtandat adeno-carcinom, adenoskvamös cancer och odifferentierad cancer. Däremot inkluderas inte spolcellscancer eller ren skivepitelcancer.
Storsnitt, svarsmodell	
Bedömning gjord på storsnitt	Besvaras med "ja" om patologens bedömning är gjord på storsnitt. Med storsnitt menas snitt större än standardsnitt.
Standardiserad svarsmodell använd	Med standardiserad svarsmodell avses modell innehållande de uppgifter som skall ingå i svaret enligt senaste KVASt-dokument för kolorektal cancer.
Gradering av den mesorektala fascian	OBS! ifylls endast för TME rektalpreparat. Kvalitetsbedömning av den mesorektala fascian på TME-preparat enligt Quirke, där A (komplett) = intakt med endast mindre oregelbundenheter i den glatta mesorektala ytan. Ingen defekt djupare än 5 mm. Ingen konform/avsmalning mot distala kanten av preparatet då mesot är delat. Vid transversell snittning ses en jämn cirkumferentiell resektionsyta. B (nästan komplett) = måttlig bulk till mesorektum men oregelbundenheter i den mesorektala ytan. Måttlig konform/avsmalning distalt är tillåten. Tarmens muskeltvägg är inte synlig undantaget precis vid delningsstället respektive vid levatormusklernas infästning vid amputationspreparat C (inkomplett) = liten bulk till mesorektum med defekter nående ner till lamina muscularis propria och/eller mycket oregelbunden cirkumferentiell resektionsyta. Bedömningen görs av patolog och bör helst göras på färskt preparat.
T-stadium	T-primärtumör* TX Primärtumören ej bedömbär T0 Ingen påvisad primärtumör

	<p>T1 Tumörinvasion i submucosan underklassifikation: sm1 – Invasion av den ytligaste 1/3 av submucosan sm2 – Invasion ner i 2/3 av submucosan sm3 – Invasion ner i djupaste delen, 3/3 av submucosan</p> <p>T2 Tumörinvasion i muscularis propria</p> <p>T3 Tumören växer igenom muscularis propria in i subserosan eller in i icke peritonealiserad perikolisk/perirektal vävnad. underklassifikation: T3a – minimal invasion utanför muscularis propria, <1 mm T3b – lätt invasion utanför muscularis propria, 1-5 mm T3c – måttlig invasion utanför muscularis propria, 5-15 mm T3d – extensiv invasion utanför muscularis propria, >15 mm</p> <p>T4 Invasion i angränsande organ eller perforation genom visceralt peritoneum. underklassifikation: Serosagenomväxt Överväxt till annat organ</p> <p>* Tis finns inte med i denna uppställning då dessa fall rör sig om grav dysplasi, inte invasiv cancer. Tis ska canceranmälas men registreras inte i kolorektalregistret.</p>
TD (diskreta fria tumörhärdar utan lymfkörtel el kärlrest)	Som tumor deposits (TD, satelliter) räknas diskreta tumörhärdar i den perikoliska eller perirektala fettväven utanför tumörens invasionsfront men i tumörens lymfatiska dränageområde. Sådana härdar kan representera diskontinuerlig tumörspridning, venös invasion med extra vasal växt eller en av tumör helt destruerad lymfkörtel. Om en tumörhärd av patologen bedöms som en helt tumörsatt lymfkörtel skall denna kodas som en lymfkörtel och inte som TD. TD/N1c enligt TNM 7 används endast i frånvaro av säkra lymfkörtelmetastaser. Om "ja" ange även antal TD.
Antal undersökta körtlar	Ange antalet enligt PAD-svar. Ange ej angivet om antal undersökta körtlar eller antal tumörinfiltrerande körtlar ej framgår av PAD (efter begärd komplettering!).
Antal positiva körtlar	Ange antalet enligt PAD-svar. Ange ej angivet om antal undersökta körtlar eller antal tumörinfiltrerande körtlar ej framgår av PAD (efter begärd komplettering!).
N-stadium	N – Regionala körtlar NX Regionala lymfkörtlar kan ej bedömas N0 Inga regionala lymfkörtelmetastaser N1 Metastaser i 1-3 mesenteriella lymfkörtlar N2 Metastaser i fler än 3 mesenteriella lymfkörtlar
M-stadium	M – Fjärrmetastaser M0 Inga fjärrmetastaser. M1 Fjärrmetastaser. M-stadium är en klinisk uppgift, baserad på röntgen, ultraljud, MR PET-fynd osv. Förekomst av metastasering (M1) behöver följaktligen inte vara cytologiskt/PAD-verifierat.
Mucinös cancer	Mucinös cancer definieras som en tumör där >50 % av lesionen utgörs av extra cellulära mucinsjöar vilka innehåller malignt epitel i form av acinära strukturer, flerlagrade celler eller enskilt liggande tumörceller. Signetringcellscancer inkluderas i mucinös cancer.

Perineural växt påvisad	Med perineural växt avses tumörväxt i något av nervskidans tre lager (epi-, peri- eller endoneurium) eller tumörfokus utanför nerven som är i kontakt med mer än en tredjedel av nervens omkrets.
Kärlinväxt påvisad	Med kärlinväxt menas påvisad tumörväxt i lymfkärl och/eller venösa kärl, små eller stora, intramuralt eller extramuralt.
Differentieringsgrad	Ange tumörens differentieringsgrad. Gradering sker efter andelen körtelstrukturer i högt/medelhögt = low grade (≥50 % körtelbildning eller lågt/odifferentierat = high grade (0-49 % körtelbildning). Tumörens invasionfront bör undantas från bedömningen. Mucinös cancer graderas efter epitelets mognaegrad.
Minsta cirkumferentiell resektionsmarginal (mm)	Ange minsta avstånd i mm eller del av mm från tumören till cirkumferentiell resektionsyta i mesenterium eller i omgivande organ vid överväxt. Gäller resektionsyta, således ej peritoneum vescerale. Gäller direkt tumöröverväxt, TD eller metastatisk växt. Synonymer till cirkumferentiell resektionsyta i detta avseende är lateral/mesokolisk/mesenteriell/mesorektal resektionsyta.
Minsta longitudinella resektionsmarginal (mm)	För kolon ange avstånd i mm eller del av mm från tumör till närmaste resektionsrand i tarmens längsriktning. För rektum ange avstånd i mm till distala resektionsranden.
Mikroskopiskt tumörfri resektionsrand	Med mikroskopiskt tumörfri resektionsrand avses att inga tumörceller ses vid resektionsranden, oavsett storleken på marginalen. Om det på grund av orienteringssvårigheter eller artefakter i snitten ej går att värdera resektionsranden bör alternativet "Ej bedömbart" användas.
Tumörregression enl AJCC (anges endast för neoadjuvant behandlade tumörer)	Regressionsgrad enligt AJCC. Anges endast för neoadjuvant behandlade tumörer.
Immunohistokemi	
Immunohistokemiska färgningar för MMR-proteiner (endast då kliniker begärt detta)	Ange om immunhistokemiska färgningar för MMR-proteiner utförts (endast då kliniker begärt detta).
Preparatuppgifter	
Preparatnr	Ange PAD-svarets preparatnummer
Preparatår	Ange PAD-svarets preparatår
Svarsdatum	Ange det datum då PAD-svaret är daterat

Flik 5. 30 dagars uppföljning (Fylls endast i för patienter som genomgått op eller polypectomi)

Inrapporteringsuppgifter	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Initierat av	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar inrapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapportör	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapporterande enhet	Textfält för kompletterande upplysningar.
Kommentar	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Anmälande läkare	Sätts automatiskt av INCA
Datum för inrapportering	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Primära uppgifter	
Postop komplikationer (inom vård-tillfället eller inom 30 dagar efter operation)	
Behandlingskrävande postop komplikation	Ange förekomst av postoperativ komplikation som inträffat under vårdtillfället eller inom 30 dagar postoperativt (även om patienten skrivits ut till hemmet eller annan vårdinrättning). Alla komplikationer skall anges, även om de inte har direkt samband med operationen. Om "Nej" väljs ska/kan övriga parametrar under denna rubrik ej ifyllas. Om "Ja" måste nedanstående komplikationer graderas enligt Clavien. Endast komplikationer grad 2 – 5 ska redovisas.
Infektiösa	Graderas enligt Clavien gradering
Kardiovaskulära	Graderas enligt Clavien gradering
Neurologiskt	Graderas enligt Clavien gradering
Kirurgiska	Graderas enligt Clavien gradering
Övrig komplikation	Fylls i om övriga komplikationer finns. Specificera på klartextfältet och gradera enligt Clavien gradering
KAD vid utskrivning	Går ej att gradera. Räknas alltid som Clavien 2
Förklaring till Clavien gradering - Grad 2	Farmakologisk behandling krävdes inkl blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretica, elektrolytersättning
Grad 3a	Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (percutant dränage) behandling utan narkos
Grad 3b	Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk behandling i narkos
Grad 4a	Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med svikt av ett organ (inkl dialys)
Grad 4b	Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård med multiorgansvikt
Grad 5	Död
Vårduppgifter	

IVA-vård	Intagning till IVA från vårdavdelning, eller oplanerad behandling på IVA längre än 1 dygn direkt efter operation. Ej när IVA-plats används rutinmässigt för postoperativ vård eller som uppvakningsplats, såvida denna inte oförutsett förlängts till mer än ett dygn. Om "ja" ange in- och utskrivningsdatum från IVA-avdelning.
Reoperation/-er	Kirurgisk åtgärd i narkos, t ex oplanerad laparotomi. Ange varje kirurgisk åtgärd på IVA, vårdavdelning eller röntgen. Exempel är: second look laparoscopi/laparotomi, trakeostomi och debridering av sår. Avlägsnande av sutur för bättre dränage av supurerande sår behöver ej registreras, ej heller CVK-inläggning. Markera också datum samt orsak till reoperation/-erna enligt kryssrutorna.
Oplanerad återintagning	Ange varje oplanerad återintagning i slutenvård inom 30 dagar från operation, oavsett vilken klinik och oavsett orsak, alltså även om inget uppenbart samband ses till operation. Ange också orsaken till återintagningen.
Död inom 30 dagar postop (eller under samma vårdtillfälle, oberoende av orsak)	Ange död inom vårdtillfället eller inom 30 dagar postoperativ oberoende av dödsorsak. Ange också dödsorsak.
Fortsatt planering/behandling	
Utskriven, datum	Ange utskrivningsdatum
Utskriven till	Ange till vilken vårdnivå patienten skrivits ut. Har patienten enbart skötts polikliniskt anges besöksdatum samt "enbart poliklinisk behandling".
Fjärrmetastasering diagnostiserad kliniskt	Ange om fjärrmetastasering diagnostiserats kliniskt. Flera alternativ går att välja
Postop bedömning i multidisciplinär terapigrupp	Ange om patienten postoperativt är bedömd multidisciplinärt avseende fortsatt handläggning. Med multidisciplinär terapigrupp avses en grupp bestående av kirurg, onkolog, radiolog och patolog. Ange datum för bedömning och vilka yrkesgrupper som deltog.
Adjuvant behandling planerad	Ange ja om kemoterapi, antikroppsbehandling och/eller strålbehandling planeras postoperativt som kompletterande behandling – utan känd residualtumör eller metastasering. Kryssa även ja här om behandling planeras som förbehandling inför planerad resektion av primärt resektabla metastaser.
Adjuvant behandlande sjukhus, klinik	Om "ja" ange adjuvant behandlade sjukhus, klinik (enl lista)
Sjukhuskod	Sjukhuskod enl kodlista för resp region. <i>Synlig endast för monitor</i>
Klinikkod	Klinikkod enl kodlista för resp region. <i>Synlig endast för monitor.</i>
Har pat remitterats till eller bedömts av organspecialist avseende metastaskirurg?	Ange Ja om patienten är remitterad för ställningstagande till metastaskirurgi. Ange Nej om inga kända metastaser föreligger. Ange Vet ej endast i de fall patienten är skött på annat sjukhus i det postoperativa skedet och uppgiften ej finns att tillgå.
Uppföljning planerad utöver postop återbesök	Med uppföljning avses förutbestämda framtida kontroller i syfte att detektera eventuella tumörrecidiv (ej metakrona kolorektala adenom/tumörer). Med postoperativ kontroll avses tidigt (4-8 v) postoperativt mottagningsbesök ej syftande till att detektera eventuella tumörrecidiv.
Uppföljande sjukhus, klinik	Ange sjukhus och klinik enligt lista.
Sjukhuskod	Sjukhuskod enligt kodlista för resp region. <i>Synlig endast för monitor.</i>
Klinikkod	Klinikkod enligt kodlista för resp region. <i>Synlig endast för monitor.</i>

Patienten inkluderad i studie	Ange om patienten är inkluderad i någon vetenskaplig studie avseende kolorektal cancer eller annan onkologisk eller kirurgisk frågeställning. Ange också vilken studie om frågan besvarats med ja.
Stadium	Ifylls automatiskt från registret.

Flik 6 Onkologisk behandling

Inrapporteringsuppgifter	
Initierat av	Namn på den person som startar rapporteringen av formuläret. Även om flera varit inblandade i inrapportering ser man bara namnet på den som startat inrapporteringen. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn. Hämtas automatiskt från INCA om inloggningsuppgifter när inrapportören startar inrapporteringen. Om det är monitor som startar registreringen, måste sjukhus och klinik väljas från organisationslista för den enhet som ansvarar för inrapporteringen
Inrapporterande enhet	Rapporterande sjukhus och klinik i klartext. Hämtas automatiskt från INCA inloggningsuppgifter.
Kommentar	Textfält för kompletterande upplysningar.
Anmälade läkare	Läkare som är ansvarig för patienten och de uppgifter som rapporteras in.
Datum för inrapportering	Sätts automatiskt av INCA
Primära behandlingsuppgifter	
Onkologisk behandling given	Ange om patienten fått någon onkologisk behandling
Onkologisk behandling formulär	Ange om onkologisk tilläggsbehandling vid primärdiagnos, neoadjuvant/adjuvant eller Onkologisk behandling vid generaliserad sjukdom, primärt eller senare
Neoadjuvant/adjuvant	
Ange primärtumörens lokalisation	Ange om primärtumören sitter i kolon eller rektum
Preoperativ tilläggsbehandling (neoadjuvant)	
Preoperativ tilläggsbehandling	Ange om patienten ska erhålla preoperativ tilläggsbehandling
Preoperativ radioterapi	Ange om patienten ska få preoperativ radioterapi. Om Ja ange även startdatum för radioterapi (första behandlingsdag), dos (Gy/fraktion) ange fraktionsdos (dos per given behandling), vanligen 5 Gy, eller 1,8 – 2,0 Gy. Ange även antal behandlingstillfällen.
Preoperativ radiokemoterapi	Ange om patienten ska få preoperativ radiokemoterapi. Om Ja ange även startdatum för radioterapi (första behandlingsdag), dos (Gy/fraktion) ange fraktionsdos (dos per given behandling), vanligen 1,8 – 2,0 Gy. Ange även antal behandlingstillfällen samt de preparat som patienten får
Startdatum kemoterapi	Startdatum för preoperativ kemoterapi vid radiokemoterapi. Ange datum för första behandlingsdagen. Ange även vilka preparat som patienten får.
Preoperativ kemoterapi	Ange startdatum för preoperativ kemoterapi. Ange datum för första behandlingsdagen. Ange även de preparat som patienten får.
Postoperativ tilläggsbehandling (adjuvant)	
Postoperativ tilläggsbehandling	Ange om patienten ska erhålla postoperativ tilläggsbehandling.
Postop radioterapi	Ange startdatum för postoperativ radioterapi. Ange datum för första behandlingsdagen. Ange även fraktionsdos, vanligen 1,8 – 2,0 Gy. Ange även antal behandlingstillfällen.
Postoperativ radiokemoterapi	Ange om patienten ska få postoperativ radiokemoterapi. Om Ja

	ange även startdatum för radioterapi (första behandlingsdag), ange fraktionsdos (dos per given behandling), vanligen 1,8 – 2,0 Gy. Ange även antal behandlingstillfällen. Ange datum för första behandlingsdagen samt de preparat som patienten får. Ange även slutdatum för postoperativ kemoterapi.
Postoperativ kemoterapi	Ange om patienten ska få postoperativ kemoterapi. Om Ja ange datum för kemoterapin (första behandlingsdag), ange de preparat som patienten får och ange även slutdatum för postoperativ kemoterapi.
Studie	
Patienten ingår i studie	Ange om patienten är inkluderad i någon vetenskaplig studie avseende kolorektal cancer eller annan onkologisk frågeställning.
Onkologisk behandling vid generaliserad sjukdom, primärt eller senare	
Aktiv onkologisk behandling given, inkl metastaskirurgi/ablation	Ange om aktiv onkologisk behandling är given. Om Ja ange primärtumörens lokalisation, kolon eller rektum.
Kemoterapi	Ange kemoterapidatum. Avser datum för start av första kur i denna behandlingslinje eller för planerat uppehåll. Om patienten efter ett planerat uppehåll, med eller utan operation, återupptar cytostatika-behandlingen ifylls ytterligare en blankett med angivande av samma behandlingslinje men annat datum för start och senare slut av den givna behandlingen. Ange även den preparat patienten får.
Cytostatikabehandlingens syfte	För majoriteten patienter är fortfarande syftet med behandlingen rent palliativt dvs även om patienten skulle svara ovanligt bra på den medicinska tumörbehandlingen saknas möjligheter att patienten skall kunna bli tumörfri genom konsoliderande operation eller andra lokala åtgärder. Om tumörutbredningen är sådan att det bedöms möjligt att efter-följande kirurgi eller annan lokalbehandling kan göras så att patienten blir makroskopiskt tumörfri är syftet istället antingen neo-adjutant eller som konvertering. Om behandlingen är neo-adjutant är bedömningen vid MDT-konferens att patientens tumörmanifestationer är tekniskt resektabla men den medicinska behandlingen påbörjas före resektionen (SBRC, RFA m m) för att sedan eventuellt följas av adjutant behandling. Om oklarhet föreligger om syftet är neo-adjutant eller konvertering ifylls konvertering. Om syftet är oklart om det är rent palliativt eller möjligen potentiellt kurativt ifylls i första hand palliativ indikation. Ev cytostatika efter framgångsrik (R0) metastaskirurgi/ablation fylls i på samma blankett med ett kryss i rutan Adjuvant efter metastasop.
Kemoterapi ännu ej avslutad	Används om patientens kemoterapi ännu ej är avslutad.
Kemoterapi slutdatum	Ange datum för patientens sista behandling.
Viktigaste anledning behandlingsavslut	Om planerat uppehåll väljs, fylls ny blankett i vid återstart. Samma linje om samma läkemedel ges, nästa linje om byte sker. Vid Annan ange även anledning.
Bästa tumörrespons	Kriterierna är enligt Recist 1.1. Däremot krävs inte att särskild Recist-utvärdering är gjord.
Hade pat klinisk nytta av behandlingen	Avser doktors bedömning om patienten hade palliativ nytta av behandlingen eller inte. Med klinisk eller palliativ nytta avses om patientens symptom lindrats, om tid till tumörprogress förlängts utan att samtidig toxicitet negativt påverkat patientens livssituation under behandlingstiden.

	Övergående grad III eller IV toxicitet i samband med en eller ett fåtal kurer utesluter inte att patienten haft klinisk nytta av behandlingen.
Datum för progress i denna behandlingslinje	Avser datum för progress. Har patienten inte progress ifylls inget datum. En patient kan ha radiologisk eller andra tecken till progress efter ett uppehåll och återstartar den cytostatiska behandlingen i samma linje. Detta kommer att framgå av blanketten om datum för start och slut på kurerna anges och anledning till behandlingens upphörande. Ny blankett fylls i efter planerat uppehåll (med eller utan kirurgi) med angivande av samma linje om behandlingen inte ändrats eller ny linje om preparatbyte sker.
Karakteristika vid start av behandlingslinje (inom 1 månad)	
Primärtumörbortopererad	Ange primtumöroperationens datum
Fjärrmetastas	Ange lokalisation (flera lokalisationer kan anges)
Performance (WHO)	Ange WHO performance status (0 – 3+)
Laboratoriedata (före start av ny cytostatikalinje/underhåll)	
	Ange värden för Hb, LPK, TPK, ALP, CEA, Albumin och CRP
Mutationsanalys	
Mutationsanalys utförd	Innan start av behandling med EGFR-hämmare (cetuximab, panitumumab) krävs mutationsanalys av RAS och BRAF. Vid metastaserad sjukdom ger analys av BREAf prognostisk information. Analys av PIK3CA kan ge information om effekt av lågdos ASA (en studie planeras). Analys av mismatch repair-generna (MMR, med mutation eller med immunhistokemi) ger vägledning inför start av adjuvant cytostatika framför allt vid koloncancer stadium II.
Radioterapi	
Radioterapi	Ange om patienten ska få radioterapi eller ej.
Radioterapistartdatum	Startdatum för radioterapi. Ange datum för första behandlingsdagen.
Dos (Gy/fraktion)	Ange fraktionsdos (dos per given behandling)
Antal fraktioner	Ange antal behandlingstillfällen.
SBRT	Ange om behandling gavs mot
Primärtumör	Ange om behandling gavs mot
Fjärrmetastas	Ange om behandling gavs mot fjärrmetastaser. Flera alternativ kan väljas. Om Annan ange läge.
Radiokemoterapi	
Radiokemoterapi	Ange Nej eller Ja. Om Ja ange följande variabler
Startdatum radioterapi	Startdatum för radiokemoterapi. Ange datum för första behandlingsdagen.
Dos (Gy/fraktion)	Ange fraktionsdos (dos per given behandling) vanligen 1,8 – 2,0 Gy.
Antal fraktioner	Ange antal behandlingstillfällen.
Startdatum kemoterapi	Startdatum för kemoterapi vid radiokemoterapi. Ange datum för första behandlingsdagen. Ange även det/de preparat patienten får.
Kirurgi	
Kirurgi	Detaljer om operation ifylls inte på denna blankett. Om det framgår att leveringrepp gjorts kommer uppgifter att fylla i på separat blankett (i leverregistret) av leverkirurg eller motsvarande.
Kirurgi datum	Fyll i datum för första kirurgiska ingrepp
Ingrepp typ	

Leveringrepp	
Ablation (RFA, laser, IRE)	
Stomi	
Stent	
Annat ingrepp, vad	Exempelvis lunga lokalt.
Tumörstatus	
Tumörstatus vid senaste kontrollen	Fylls i om patienten går kvar på onkologkliniken och aktivt kontrolleras.
Datum för senaste kontroll	Ange datumför senaste kontroll
Planerad behandling vid senaste kontrollen	Ange planerad behandling vid senaste kontrollen.
Patienten avliden	
Anledning avliden	Om Annan ange anledning
Studie	
Patienten ingår i studie	Ange om patienten är inkluderad i någon vetenskaplig studie avseende kolorektal cancer eller annan onkologisk frågeställning.
