

Anmälan nationell MDK analcancer

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nydiagnostiserad analcancer datum för px | <input type="checkbox"/> Persisterande/Recidiv datum för px |
|--|--|

Remittent

| | |
|--------|----------------------|
| Läkare | Kontaktsjuksköterska |
| Enhet | Region |

Patient

| | |
|--|--------|
| Personnummer | Namn |
| Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man | Adress |
| Patientanamnes (ev uppgifter om tidigare och nuvarande sjukdomar, performancestatus, tidigare operationer eller strålbehandling, rökning, kognitiv status och patientens inställning till behandling och eventuellt önskemål om behandling vid specifik enhet) | |
| Beskrivning av sjukdomsutbredning och utredningsresultat | |
| P-16 positivitet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej utfört | |
| Frågeställning | |

Bilagor

- Utlåtande MR (obligatoriskt)
- Utlåtande PET/CT (obligatoriskt)
- Övrigt, specificera