

Undersökande läkare: _____

Personnummer: _____

Sjukhus: _____ Klinik: _____

Namn: _____

ANMÄLAN (fylls endast i vid nyregistrering)

Datum för primärdiagnos: _____

Datum för utfärdande av remiss för onkologisk bedömning: _____

Datum för nybesök: _____

Datum för första metastas: _____

Lokal för första metastas/er: _____

 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan
BESÖK

Besöksdatum: _____

ECOG Performance Status 0 1 2 3 4 Endast en av ECOG eller Karnofsky behöver fyllas i. Förklaring finns på sida 3Karnofsky 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

Sammantagen klinisk bedömning:

 Recidivfri Komplet respons Partiell respons Stationär sjukdom Progressiv sjukdom Avvaktar bedömning
Patienten ingår i studie: Nej JaBiobanksprov: Nej Ja, datum: _____Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska: Nej Ja**BILDDIAGNOSTIK (om flera undersökningar fyll även i rad 2 och/eller 3)**

1. Datum för undersökning: _____

Nyttillkomna metastaser: Nej Ja, fyll i nedan
 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan

2. Datum för undersökning: _____

Nyttillkomna metastaser: Nej Ja, fyll i nedan
 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan

3. Datum för undersökning: _____

Nyttillkomna metastaser: Nej Ja, fyll i nedan
 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan
KIRURGITyp av kirurgi: Metastaskirurgi Operation av primärtumör/nefrektomi efter onkologisk behandling Annan metastasbehandling, vilken: _____ (till exempel RF och kryo)

Datum: _____

Biobanksprov: Nej Ja

Lokaler:

 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan
STRÅLBEHANDLING

Slutdatum: _____

Behandlingstyp: Strålbehandling Stereotaktisk RT

Dos per fraktion (Gy): _____

Slutdos (Gy): _____

Lokaler:

 Binjure Hjärna Kvarnjure Lever Lunga Lgll Mediastinum Njurloge/Lokal recidiv Pleura Skelett Annan
LABPROV

Provtagningsdatum	Albumin	ALP	Calcium	CRP	Hb	LD	LPK	Neutrofila Granulo	TPK

LÄKEMEDEL

(om oförändrad läkemedelsbehandling sedan föregående registrering behöver nedan inte fyllas i)

Hengs kriterier (fylls i vid start av ny läkemedelsbehandling)

- Tid från diagnos till start av **första** läkemedelsbehandling < 1 år (fylls endast i inför första läkemedelsbehandlingen)
- Karnofsky < 80
- HB < undre normal värde
- Calcium > övre normal värde
- Neutrofila > övre normalvärde
- TPK > övre normalvärde

Läkemedel 1 (om ytterligare läkemedel fyll i läkemedel 2) Studieläkemedel, ange vilket: _____ Annat läkemedel, ange vilket: _____

Läkemedelssubstans (välj ett):

- Axitinib Bevacizumab Cabozantinib Everolimus Interferon alfa Lenvatinib
- Nivolumab Pazopanib Sorafenib Sunitinib Temsirolimus

Indikation: Kurativ Neoadjuvant Adjuvant Palliativ**Doseringar**

Datum 1: _____

Dosering: Full dos Reducerad dos Doseskalering PausOrsak: Startdos Biverkning Tolerans Planerat stopp Strålbehandling Patientens önskemål Annan orsak

Datum 2: _____

Dosering: Full dos Reducerad dos Doseskalering PausOrsak: Startdos Biverkning Tolerans Planerat stopp Strålbehandling Patientens önskemål Annan orsak**Utsättning**

Slutdatum: _____

Orsak: Tumörprogress Biverkning Planerat stopp/skifte Patientens önskemål Annan orsak**Läkemedel 2** Studieläkemedel, ange vilket: _____ Annat läkemedel, ange vilket: _____

Läkemedelssubstans (välj ett):

- Axitinib Bevacizumab Cabozantinib Everolimus Interferon alfa Lenvatinib
- Nivolumab Pazopanib Sorafenib Sunitinib Temsirolimus

Indikation: Kurativ Neoadjuvant Adjuvant Palliativ**Doseringar**

Datum 1: _____

Dosering: Full dos Reducerad dos Doseskalering PausOrsak: Startdos Biverkning Tolerans Planerat stopp Strålbehandling Patientens önskemål Annan orsak

Datum 2: _____

Dosering: Full dos Reducerad dos Doseskalering PausOrsak: Startdos Biverkning Tolerans Planerat stopp Strålbehandling Patientens önskemål Annan orsak**Utsättning**

Slutdatum: _____

Orsak: Tumörprogress Biverkning Planerat stopp/skifte Patientens önskemål Annan orsak

Karnofsky Status		ECOG Status	
Normal, no complaints	100	0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
Able to carry on normal activities. Minor signs or symptoms of disease	90	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
Normal activity with effort	80		
Care for self. Unable to carry on normal activity or to do active work	70	2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
Requires occasional assistance, but able to care for most of his needs	60		
Requires considerable assistance and frequent medical care	50	3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
Disabled. Requires special care and assistance	40		
Severely disabled. Hospitalisation indicated though death nonimminent	30	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
Very sick. Hospitalisation necessary. Active supportive treatment necessary	20		
Moribund	10		
Dead	0	5	Dead