

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR NJURCANCER

Blanketten gäller som canceranmälan

Sjukhus, klinik _____

Läkare (v g texta) _____

Blanketten skickas till Regionalt cancercentrum (adress på baksidan)

Diagnosuppgifter och primär behandling

Personnr _____ - _____

Namn _____

Datum för inrapportering	År Mån Dag _____	Datum då inrapporteringen görs	_____
Ankomstsätt:	<input type="checkbox"/> Remiss registrerad (fyll i Datum för utfärdande av remiss)	<input type="checkbox"/> Patienten söker själv	<input type="checkbox"/> Annat (fyll endast i Första besöksdatum)
Datum för utfärdande av remiss	_____	Datum då patienten remitterades från en vårdcentral/ privatläkare/ privatspecialist/ generell enhet till första specialismottagning	_____
Ankomstdatum	_____	Datum då remiss registrerades vid första mottagande specialismottagning, datum då patienten sökte själv eller datum för ankomst på annat sätt	_____
Första besöksdatum på specialismottagning	_____	Datum för patientens första besök på specialismottagning	_____

PRIMÄRA DIAGNOSUPPGIFTER

Rökare (daglig rökning under minst ett år) Före detta rökare (rökfri > ett år) Aldrig rökare (eller endast feströkt) Uppgift saknas
Om rökare, slutat inför behandling Nej Ja År Mån Dag _____

Biiddiagnostik Nej Ja, undersökningsdatum _____

Biopsi Nej Ja, biopsidatum _____ (preoperativt el. diagnostiskt)

Diagnos baserad på (endast ett alternativ kan markeras) (i första hand operations-PAD)

PAD Cytologi Röntgen enbart

Preparatnr/år/..... Cytologi/patologiavdelning

Incidentellt upptäckt Nej (Symtom fr. primärtumör el metastas finns) Ja Uppgift saknas

Lokalisation Höger Vänster Uppgift saknas

Bilateralt vid diagnos Nej Ja

En blankett per sida ska fyllas i

Multifokal tumör Nej Ja, antal tumörer: _____ **Om Ja, olika morfologi?** Nej Ja

En blankett per morfologi ska fyllas i

Tumörstorlek röntgenologisk (mm) _____ största diameter på röntgen, CT/MR-mått (om multifokal ange största tumören)

Morfologi

(endast vid PAD/cytologi) (endast ett alternativ kan markeras)

Klarcellig (konventionell)
 Papillär: Typ 1 Typ 2 Typ saknas
 Kromofob
 Collecting duct (Bellini)
 Oklassificerbar njurcancer
 Material otillräckligt
 Annan njurcancer

Malignitetsgrad

(Malignitetsgrad registreras endast vid PAD/cytologi och för klarcellig och papillär morfologi)

Fuhrman G1 G2 G3 G4 GX
ISUP G1 G2 G3 G4 GX

Tumörinformation

Sarkomatös(t) komponent/växtsätt Nej Ja Uppgift saknas
Tumörnekros Nej Ja Uppgift saknas

STADIEINDELNING (UICC 2017) (Definitioner på baksidan)

T-stadium (T1a-b och T2a-b bedöms enl. CT-mått)	N-regionala lymfkörtelmetastaser	M-fjärrmetastaser
<input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2a <input type="checkbox"/> T2b <input type="checkbox"/> T3a <input type="checkbox"/> T3b <input type="checkbox"/> T3c <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TX	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> NX (N0 kräver CT/MRT-buk, annars NX)	<input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1
Grund för T-stadium <input type="checkbox"/> Patologisk <input type="checkbox"/> Röntgenologisk	CT/MRT-buk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Vid metastas, fyll i lokal nedan CT/MR-thorax (preop.) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lokalisation av metastas vid diagnos (ifylles endast vid M1) (flera alternativ kan markeras)		
<input type="checkbox"/> Kontralateral njure <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Skelett <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Binjure <input type="checkbox"/> Lymfkörtlar (ej regionala) <input type="checkbox"/> Hjärna <input type="checkbox"/> Annan, specificera.....		

PRIMÄR BEHANDLING

Kirurgi Exspektans Onkologisk behandling Ingen eller understödande vård Avliden innan behandling/ behandlingsbeslut

Datum för behandlingsbeslut År Mån Dag _____ **Operationsdatum** År Mån Dag _____ **Opererande sjukhus/klinik** _____

Vid kirurgi: _____

Kurativt syftande behandling Nej Ja

Diskuterad i multidisciplinär konferens (fylls endast i vid M1) Nej Ja

Har patienten en namngiven kontaktsjuksköterska Nej Ja

Har en skriftlig individuell vårdplan (min vårdplan) upprättats? Nej Ja

Ingår i studie Nej Ja, vilken? _____

Remitterad till: Sjukhus/Klinik _____ / _____
Vid onkologisk behandling ska behandlande enhet registreras här

STADIEINDELNING (UICC 2017, 8th ed)
(Se även bilderna nedan)

T-stadium

- T0** Ingen primärtumör påträffad
- T1a** Tumör ≤ 4cm, begränsad till njuren
- T1b** Tumör > 4cm men ≤ 7cm, begränsad till njuren
- T2a** Tumör >7cm, ≤ 10cm, begränsad till njuren
- T2b** Tumör >10 cm, begränsad till njuren
- T3a** Tumörtromb i njurven eller muskelinnehållande segmentgren eller tumörinvasion i fettväv perirenalt eller i sinus renalis men inte utanför Gerotas fascia.
- T3b** Tumörtromb i vena cava nedan diafragma
- T3c** Tumörtromb i vena cava ovan diafragma, eller med direkt inväxt i vena cava vägg.
- T4** Tumörväxt utanför Gerotas fascia inkluderar direkt invasion in i ipsilaterala binjuren
- TX** Otillräcklig information för stadiindelning

N-regionala lymfkörtelmetastaser

- N0** Inga metastaser påvisade (kräver CT/MRT-buk, annars NX)
- N1** Metastaser i lymfkörtel
- NX** Körtelmetastaser inte undersökta eller inte kan bedömas

M-fjärrmetastaser (kan grunda sig på klinisk undersökning)

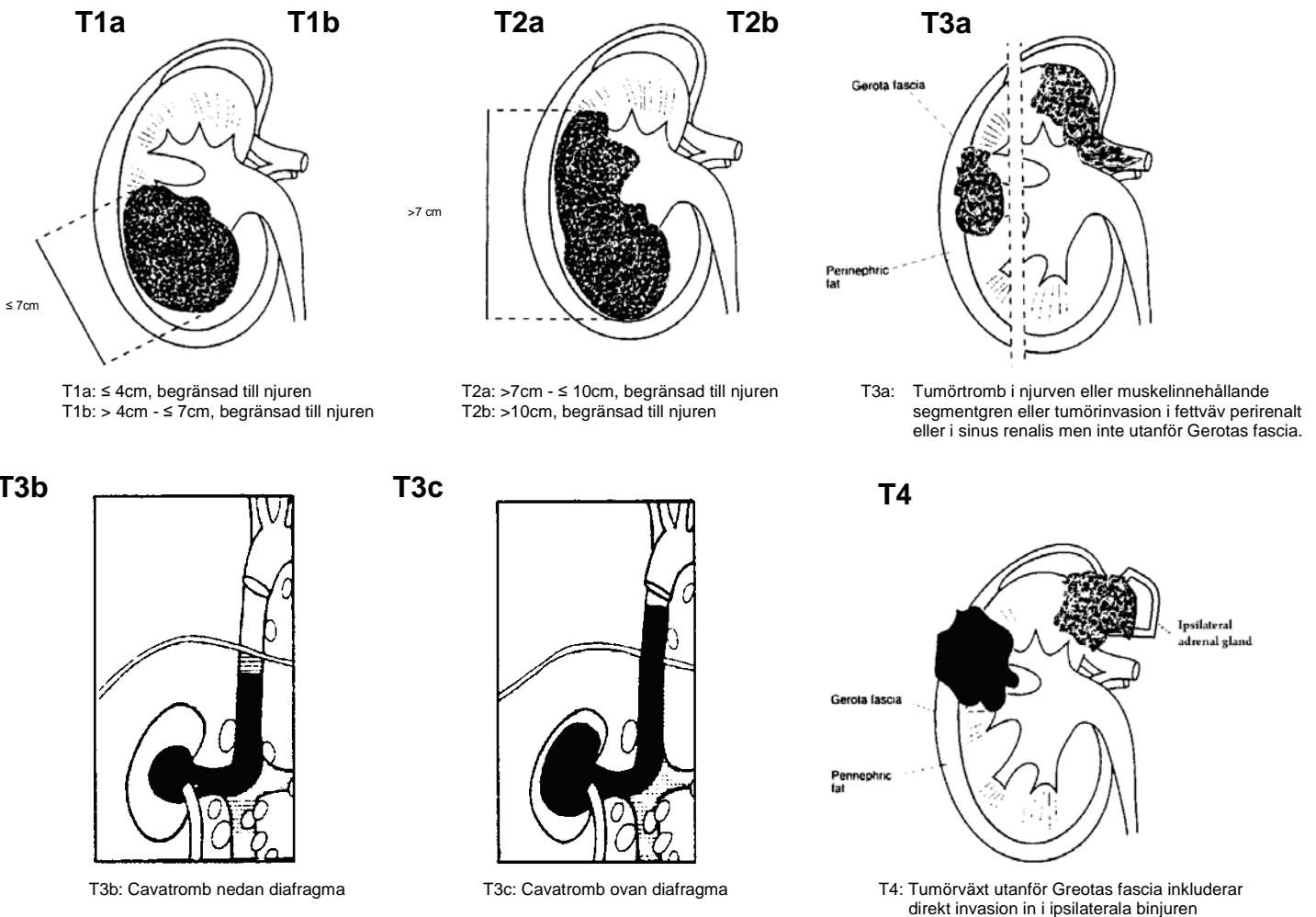
- M0** Inga påvisade fjärrmetastaser
- M1** Fjärrmetastaser påvisade

ISUP

- G1** Inga eller små basofila nucleoler vid 400 förstoring.
- G2** Tydliga och eosinofila nucleoler vid 400 förstoring och synliga men ej prominenta vid 100 förstoring.
- G3** Stora, prominenta och eosinofila nucleoler vid 100 förstoring.
- G4** Uttalad kärnpleomorfism, flerkärna jätteceller och/eller rhabdoid och/eller sarkomatös differentiering.

Multidisciplinär konferens (MDK)

MDK definieras som att närvaro krävs av onkolog, radiolog, urolog samt kontaktsjuksköterska. SVF-koordinator, patolog och eventuellt andra specialister är med vid behov. OBS! Terapikonferens är **inte** MDK.



ADRESSER TILL REGIONALA CANCERCENTRUM

STOCKHOLM – GOTLAND:	UPPSALA/ÖREBRO:	SYDÖST:	SYD:	VÄST:	NORR:
HSF RCC Stockholm – Gotland Box 6909 102 39 Stockholm	RCC Uppsala/Örebro Akademiska sjukhuset 751 85 Uppsala	RCC Sydöst Universitetssjukhuset 581 85 Linköping	RCC Syd Scheelevägen 8 223 81 Lund	RCC Väst Sahlgrenska universitetssjukhuset 413 45 Göteborg	RCC Norr Norrlands universitetssjukhus 901 85 Umeå