

Urinblåscancer – Beh av primärtumör

Nationellt kvalitetsregister

Gäller fom 2008 01

Personnr _____ - _____
år mån dag

Namn

Blanketten ifylles och insändes till:
Regionalt Cancercentrum i respektive region

Läkare

Sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum år mån dag

Behandling av primärtumör. Fylls i efter avslutad primärbehandling (oavsett tidsintervall)

Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska Nej Ja

Cytostatika engångsinstillation Nej Ja

Reresektion Nej Ja

Diskuterad i multidisciplinär konferens Nej Ja

Ytterligare behandling Nej Ja

Om ingen ytterligare behandling är given är blanketten färdigfylld och kan skickas till regionalt cancercentrum

Intravesikal behandling Nej Ja, startdatum _____
år mån dag

Om ja: BCG Cytostatika – flergångsinstillation

Cytostatika systemisk Nej Ja

Neoadjuvant Nej Ja, startdatum _____
år mån dag

Adjuvant Nej Ja, startdatum _____
år mån dag

Cystektomi Nej Ja, datum _____
år mån dag

Urinavledningstyp: blåssubstitution
 kontinent urinavledning
 icke kontinent urinavledning, t ex Bricker

Lymfkörtelutrymning

- Ingen
- Fossa obturatoria - enbart
- Iliacabifurkationen
- Aortabifurkationen

Behandlande sjukhus för cystektomi:

Cystektomikomplikationsregistrering i INCA – obligatorisk fr o m 2014-01-01

Kurativt syftande strålbeh Nej Ja, startdatum _____
år mån dag

Behandlande sjukhus: