

**Urinblåsecancer**  
**Cystektomi – Uppföljning**  
**Nationellt kvalitetsregister** f o m 20170101

Insändes till:  
**Regionalt Cancercentrum i respektive region**

Sjukhus/klinik

Läkare

Rapporteringsdatum    år    mån    dag

Personnr    \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
                   år                    mån                    dag

Namn

**Preoperativ data**

Längd..... cm      Vikt.....kg      BMI .....

ASA-klassificering     1     2     3     4     5     6

Tidigare bäckenkirurgi/strålning  Nej     Ja

**Stadium (TNM-2009)**

cT     T0     Tis     Ta     T1     T2     T3     T4a     T4b     TX

cN     N0     N1     N2     N3     NX

cM     M0 (CT utförd)     M1

Neoadjuvant cytostatika     Nej     Ja

**Peroperativ data**

Operationsdatum    år    mån    dag

Opererande sjukhus (fri text).....

Typ av operation     Öppen     Robot

Körtelutrymning     Aortabifurkation     Iliacabifurkation     Obt     Enbart förstorade     Ingen

Urethrektomi     Nej     Ja

Deviation     Bricker     Kutan kontinent reservoir     Ortotopt blåssubstitut     Annat

Blödning ..... ml      Peroperativ blodtransfusion ..... (antal transfunderade enheter blod)

Total antal blodtransfusioner under vårdtid.....

Operationstid (minuter) .....

Organskada     Nej     Ja Om ja, ang typ     Tunntarm     Colonrectum     Kärl     Annat

**Postoperativ data (inom 90 dagar)**

Komplikationer     Nej     Ja     Uppgift saknas

Reoperation     Nej     Ja     Uppgift saknas

Vårdtid ..... dagar

Oplanerad åter inom 90 dagar     Nej     Ja

Kurativt syftande behandling     Nej     Ja

**Stadium**

pT     T0     Tis     Ta     T1     T2     T3     T4a     T4b     TX

Antal N .....      Antal N+ .....

Patienten avliden     Nej     Ja    Om ja, ange dödsorsak     Blåscancer     Annat     Okänt

Datum senaste undersökning    år    mån    dag

Forts →

**Blåscancer**  
**Cystektomi – Uppföljning**

Personnr \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
år                      mån                      dag

**Komplikationer och reoperationer**

<b>Gastro intestinala</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Mekanisk ileus	Datum	Operation	Claviengradering
	år                      mån                      dag	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Anastomosinsuff	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tarmfistel	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Cardiovaskulära</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
DVT	Datum		Claviengradering
	år                      mån                      dag		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Lungemboli	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Hjärtinfarkt	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
CVL	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Perifer arteriell trombos/emboli	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Infektiösa</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Sepsis	Datum		Claviengradering
	år                      mån                      dag		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pneumoni	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pyelonefrit	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Lymfocele	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Annan specifik infektion	_____		<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Bukvägg/stomi</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Sårinfektion	Datum	Operation	Claviengradering
	år                      mån                      dag	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Subkutan sårruptur	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ärrbräck	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Stominekros	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Övriga bukväggskomplikationer	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Urinvägar</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Striktur uretæroenteroanastomos	Datum	Operation	Claviengradering
	år                      mån                      dag	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Suturinsufficiens	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Striktur uretraanastomos	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Övriga urinvägar komplikationer	_____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Blödning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Postoperativ blödning	Datum	Operation	Claviengradering
	år                      mån                      dag	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Ange annan komplikation (fri text)</b> .....		Operation	Claviengradering
		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 0–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Obt = lymfkörtlar från fossa obturatoria  
DVT = djup ventrombos  
CVL = cerebral vasculär lesion

**T-stadium**

- T0 primär tumör ej påvisbar
- Tis endast primär, in situ
- Ta ej invasiv papillär tumör
- T1 lamina propria
- T2 tumören invaderar muskularis
- T3 tumör invaderar bortom muskel ut i omgivande njurfett
- T4 tumör invaderar närliggande organ eller genom njurparenkym ut i omgivande fett
- TX primär tumör ej bedömbär

**N-stadium**

- N0 Inga lymfkörtelmetastaser påvisade
- N1 Metastas i enstaka lymfkörtlar i bäckenet (iliaca externa-, iliaca interna-, obturationsområdet eller presakralt)
- N2 Metastas i multipla lymfkörtlar i bäckenet (iliaca externa-, iliaca interna-, eller obturationsområdet eller presakralt)
- N3 Metastas i en eller flera lymfkörtlar i iliaca communisområdet
- NX Kriterier för diagnos av lymfkörtelmetastaser ej uppfyllda

**M-stadium**

- M0 fjärrmetastas kan inte påvisas
- M1 fjärrmetastas kan påvisas