

|   |   |
|---|---|
| <b>Urinblåsecancer</b><br><b>Cystektomi – Uppföljning</b><br><b>Nationellt kvalitetsregister</b> f o m 20170101 | Personnr _____-_____<br><small>år                      mån                      dag</small> |
|   | Namn _____  |
|   | Insändes till:<br><b>Regionalt Cancercentrum i respektive region</b>                        |
|   | Sjukhus/klinik _____  |
|   | Läkare _____  |
| Rapporteringsdatum _____<br><small>år                      mån                      dag</small>                 |   |

### Preoperativ data

|                                  |   |                              |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |
|----------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Längd..... cm                    | Vikt.....kg                             | BMI .....                    |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |
| ASA-klassificering               | <input type="checkbox"/> 1              | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3  | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> 6  |                              |                              |                             |
| Tidigare bäckenkirurgi/strålning | <input type="checkbox"/> Nej            | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |
| <b>Stadium (TNM-2009)</b>        |   |                              |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |
| cT                               | <input type="checkbox"/> T0             | <input type="checkbox"/> Tis | <input type="checkbox"/> Ta | <input type="checkbox"/> T1 | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> T3 | <input type="checkbox"/> T4a | <input type="checkbox"/> T4b | <input type="checkbox"/> TX |
| cN                               | <input type="checkbox"/> N0             | <input type="checkbox"/> N1  | <input type="checkbox"/> N2 | <input type="checkbox"/> N3 | <input type="checkbox"/> NX |                             |                              |                              |                             |
| cM                               | <input type="checkbox"/> M0 (CT utförd) | <input type="checkbox"/> M1  |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |
| Neoadjuvant cytostatika          | <input type="checkbox"/> Nej            | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                             |                             |                              |                              |                             |

### Peroperativ data

|  |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| Operationsdatum _____<br><small>år                      mån                      dag</small> |   |  |   |   |  |
| Typ av operation   | <input type="checkbox"/> Öppen  | <input type="checkbox"/> Robot                     |   |   |  |
| Körtelutrymning  | <input type="checkbox"/> Ingen  | <input type="checkbox"/> Obt                       | <input type="checkbox"/> Iliacabifurkation      | <input type="checkbox"/> Aortabifurkation | <input type="checkbox"/> Enbart förstorade |
| Urethrektomi   | <input type="checkbox"/> Nej  | <input type="checkbox"/> Ja                        |   |   |  |
| Deviation  | <input type="checkbox"/> Bricker                                      | <input type="checkbox"/> Kutan kontinent reservoar | <input type="checkbox"/> Ortotopt blåssubstitut | <input type="checkbox"/> Annat            |  |
| Blödning ..... ml  | Peroperativ blodtransfusion ..... (antal transfunderade enheter blod) |  |   |   |  |
| Total antal blodtransfusioner under vårdtid.....   |   |  |   |   |  |
| Operationstid (minuter) .....  |   |  |   |   |  |
| Organskada   | <input type="checkbox"/> Nej  | <input type="checkbox"/> Ja                        | Om ja, ange typ .....                           |   |  |

### Postoperativ data (inom 90 dagar)

|  |                              |                              |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Komplikationer   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| Reoperation  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| Vårdtid ..... dagar  |                              |                              |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| Oplanerad åter inom 90 dagar   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| Kurativt syftande behandling   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja  |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| <b>Stadium</b>   |                              |                              |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| pT   | <input type="checkbox"/> T0  | <input type="checkbox"/> Tis | <input type="checkbox"/> Ta | <input type="checkbox"/> T1 | <input type="checkbox"/> T2         | <input type="checkbox"/> T3    | <input type="checkbox"/> T4a   | <input type="checkbox"/> T4b | <input type="checkbox"/> TX |
| Antal N .....  | Antal N+ .....               |                              |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |
| Patienten avliden  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja  | Om ja, ange dödsorsak       |                             | <input type="checkbox"/> Blåscancer | <input type="checkbox"/> Annat | <input type="checkbox"/> Okänt |                              |                             |
| Datum för senaste kontakt _____<br><small>år                      mån                      dag</small> |                              |                              |                             |                             |                                     |                                |                                |                              |                             |

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 | år | mån | dag | 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 |
| 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 | år | mån | dag |  | Claviengradering  |
|  |       |    |     |     |  | <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 | år | mån | dag |  | Claviengradering  |
|  |       |    |     |     |  | <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 | år | mån | dag | 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 |
| 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   |       |    |     |     | <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 | år | mån | dag | 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 |
| 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   |       |    |     |     | <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 | år | mån | dag | 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 |
| <b>Övriga komplikationer (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 vaskulär 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