

# Urinblåsecancer – Onkologiblankett

Nationellt kvalitetsregister Gäller fom 201701

Blanketten ifylles och insändes till:  
**Regionalt Cancercentrum i respektive region**

Personnr 

år					mån			dag			

Namn

Läkare

Sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum 

år		mån		dag					

## Antitumoral behandling vid urinblåsecancer och annan urothelial cancer (ifylles efter varje behandlingsregim)

<b>Typ av behandling</b>	Neoadjuvant <input type="checkbox"/>	Induktion <input type="checkbox"/>	Adjuvant <input type="checkbox"/>	Palliativ <input type="checkbox"/>	
<b>ECOG vid start av behandling</b>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>Ingår i läkemedelsstudie</b>	Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		

## Neoadjuvant behandling

<b>Neoadjuvant behandling:</b>	Startdatum <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: small;">År</td><td style="text-align: center; font-size: small;">Mån</td><td style="text-align: center; font-size: small;">Dag</td><td></td><td></td></tr></table>						År	Mån	Dag			Slutdatum: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: small;">År</td><td style="text-align: center; font-size: small;">Mån</td><td style="text-align: center; font-size: small;">Dag</td><td></td><td></td></tr></table>						År	Mån	Dag		
År	Mån	Dag																				
År	Mån	Dag																				
M-VAC 14 <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (3 veckor) <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (4 veckor) <input type="checkbox"/>																				
Annat, t ex klinisk studie <input type="checkbox"/>	Ange läkemedel .....																					
<b>Antal givna kurer</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																		
<b>Orsak till avslutad behandling</b>	Tumörprogress	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Biverkningar	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>																
	Planerat avslut	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Patientens önskan	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>																
	Patienten avliden	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>																			

År Mån Dag

Namn..... Personnummer |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|

## Induktion

<b>Metastaslokaler</b> (fler alternativ kan anges)	Lymfkörtlar <input type="checkbox"/>	Lever <input type="checkbox"/>	Skelett <input type="checkbox"/>	Lunga <input type="checkbox"/>
	Hjärna <input type="checkbox"/>	Annan lokal <input type="checkbox"/>	Ange lokalisation .....	
<b>Induktionsbehandling p g a lokalt avancerad sjukdom (T4b)</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				
<b>Induktion:</b>	År Mån Dag Startdatum  _ _ _ _ _ _ _ _	År Mån Dag Slutdatum:  _ _ _ _ _ _ _ _		
M-VAC 14 <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (3 veckor) <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (4 veckor) <input type="checkbox"/>		
Annat, t ex klinisk studie <input type="checkbox"/>	Ange läkemedel .....			
Antal givna kurer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	>10 <input type="checkbox"/>	
<b>Behandlingseffekt:</b> (bästa behandlingssvar anges)	Komplett respons (CR) <input type="checkbox"/>	Partiell respons (PR) <input type="checkbox"/>		
	Stationär sjukdom (SD) <input type="checkbox"/>	Progressiv sjukdom (PD) <input type="checkbox"/>		
<b>Orsak till avslutad behandling</b>	Tumörprogress	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Biverkningar	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Planerat avslut	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Patientens önskan	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Patienten avliden	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

År Mån Dag

Namn..... Personnummer |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|

### Adjuvant behandling

<b>Adjuvant behandling:</b>	Startdatum	År	Mån	Dag	Slutdatum:	År	Mån	Dag
	_ _ _ _ _ _ _	_	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_	_
M-VAC 14 <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (3 veckor) <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin ( 4 veckor) <input type="checkbox"/>						
Annat, t ex klinisk studie <input type="checkbox"/>	Ange läkemedel .....							
Antal givna kurer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	> 10 <input type="checkbox"/>		
<b>Orsak till avslutad behandling</b>	Tumörprogress	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Biverkningar	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
	Planerat avslut	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Patientens önskan	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
	Patienten avliden	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>					

År Mån Dag

Namn..... Personnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Palliativ behandling

<b>Diagnos metastatisk sjukdom</b>	Datum	År	Mån	Dag				
<b>Metastaslokaler</b> (fler alternativ kan anges)	Lymfkörtlar <input type="checkbox"/>	Lever <input type="checkbox"/>	Skelett <input type="checkbox"/>	Lunga <input type="checkbox"/>				
	Hjärna <input type="checkbox"/>	Annan lokal <input type="checkbox"/>	Ange lokalisation .....					
<b>Palliativ behandling p g a lokalt avancerad sjukdom</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>								
<b>Hb vid start av behandling</b> (3 siffror)								
<b>Palliativ behandling:</b>	Startdatum	År	Mån	Dag	Slutdatum:	År	Mån	Dag
Behandlingslinje	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		
Re-Challenge	Nej <input type="checkbox"/>			Ja <input type="checkbox"/>				
M-VAC 14 <input type="checkbox"/>	Cisplatin-Gemcitabin (3 veckor) <input type="checkbox"/>			Cisplatin-Gemcitabin (4 veckor) <input type="checkbox"/>				
Gemcitabin <input type="checkbox"/>	Gemcitabin-Karboplatin <input type="checkbox"/>			Gemcitabin-Paklitaxel <input type="checkbox"/>				
Vinflunin <input type="checkbox"/>	Pembrolizumab <input type="checkbox"/>			Nivolumab <input type="checkbox"/>				
Atezolizumab <input type="checkbox"/>								
Annat, t ex klinisk studie <input type="checkbox"/>	Ange läkemedel.....							
Antal givna kurer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>		
	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	>10 <input type="checkbox"/>			

År Mån Dag

Namn..... Personnummer |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

<b>Behandlingseffekt:</b> (bästa behandlingssvar anges)	Komplett respons (CR) <input type="checkbox"/>	Partiell respons (PR) <input type="checkbox"/>		
	Stationär sjukdom (SD) <input type="checkbox"/>	Progressiv sjukdom (PD) <input type="checkbox"/>		
<b>Orsak till avslutad behandling</b>	Tumörprogress	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Biverkningar	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Planerat avslut	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Patientens önskan	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Patienten avliden	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		