Urinblåsecancer – 5-års uppföljning
Nationellt kvalitetsregister

Gäller för patienter med fr o m diagnosår 2005
Blanketten ifylles och insändes till:

Regionalt Cancercentrum i respektive region

Läkare

Sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum år mån dag

Personnr |__|__|__|__|__|__|__|__| – |__|__|__|__|
år mån dag

Namn

Uppföljning utförd ☐Nej ☐Ja

Om uppföljning **inte** utförd, ange anledning:

☐ Ingen kurativt syftande behandling
☐ Avflyttad före planerad kontroll och remitterad till (sjukhus/klinik)……..
☐ Död före planerad kontroll

Cystektomi utförd ☐Nej ☐Ja

Om uppföljning saknas eller cystektomi är utförd är blanketten färdigifylld och kan sändas in.

Datum för senaste undersökning år mån dag

Recidiv ☐ Nej ☐ Ja Datum för 1:a recidiv år mån dag

Progress ☐ Nej ☐ Ja Datum progress år mån dag