

Anmälan nationell MDK analcancer

<input type="checkbox"/> Nydiagnostiserad analcancer datum för px	<input type="checkbox"/> Persisterande/Recidiv datum för px
--	--

Remittent

Läkare	Kontaktsjuksköterska
Enhet	Region

Patient

Personnummer	Namn
Kön <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Adress
Patientanamnes (ev uppgifter om tidigare och nuvarande sjukdomar, performansstatus, tidigare operationer eller strålbehandling, rökning, kognitiv status och patientens inställning till behandling och eventuellt önskemål om behandling vid specifik enhet)	
Beskrivning av sjukdomsutbredning och utredningsresultat	
P-16 positivitet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej utfört	
Frågeställning	

Bilagor

- Utlåtande MR (obligatoriskt)
- Utlåtande PET/CT (obligatoriskt)
- Övrigt, specificera