

# Remiss

till

## Nationell koordinator vulvacancer

Datum:	
Remitterande klinik, sjukhus: Mailadress eller faxnummer:	
Remitterande läkare:	
Kontakt avseende remissuppgifter:	Telefonnummer:
Kontaktsjuksköterska:	Telefonnummer:

Patientens namn:	Personnummer:
------------------	---------------

<b>Diagnos:</b> <i>(kliniskt TNM-stadium)</i>	
<b>Frågeställning /behandlingsförslag:</b>	
<b>Kortfattad anamnes:</b>	

<b>Tumörbeskrivning:</b>	Utbredning: Unifokal <input type="checkbox"/> Multifokal <input type="checkbox"/>
	Storlek (största längd i mm):
	Avstånd till medellinje: ≤1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Avstånd tumor till anus: ≤1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Avstånd uretramynningen: ≤1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Lokalisation: <i>Helst foto och skiss</i>
<b>PAD:</b> <i>(kopior PAD/Cyt svar bifogas)</i>	Histologi:
	Invasionsdjup: ≤ 1 mm <input type="checkbox"/> > 1 mm <input type="checkbox"/> Ej bedömbart <input type="checkbox"/>
<b>Klinisk bedömning inguinala lymfkörtlar:</b>	Ua <input type="checkbox"/> Finnålspunktion (FNP): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Patologiska: Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/> FNP PAD:

<b>Genomförda bilddiagnostiska undersökningar</b> ( <i>Kopia på utlåtande bifogas</i> ):	Ultraljud ljumskar:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	CT abdomen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	CT thorax:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	MR bäcken:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	PET-CT:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
<b>Tidigare strålbehandlad:</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
	När:		
	Stråldos:		
	Lokalisation:		
<b>Rökare:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<b>BMI:</b>		
<b>ECOG-performance status 0-4:</b>			
<b>Andra sjukdomar/tillstånd/socialt som påverkar behandling och omvårdnad:</b>			

### Övrigt

*Till remissen ska bifogas skiss (enl. mall) eller foto av tumören, kopia på samtliga PAD/cytologi samt röntgenutlåtande.*

