|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontaktuppgifter | | | |
| **Datum för remiss:**  Klicka eller tryck här för att ange datum. |  | **Samtycke NPÖ:** | Ja Nej |
| **Patientens namn:**  Klicka eller tryck här för att ange text. |  | **Personnummer:**  Klicka eller tryck här för att ange datum. |  |
| **Remitterande sjukhus, klinik:**  Klicka eller tryck här för att ange text.  **Telefonnummer växel:**  Klicka eller tryck här för att ange text.  **Faxnummer/mailadress:**  Klicka eller tryck här för att ange text. | | **Remitterande läkare:**  Klicka eller tryck här för att ange text.  **Telefonnummer:**  Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| Namn närmast närstående:  Klicka eller tryck här för att ange text. |  | Telefonnummer:  Klicka eller tryck här för att ange text. |  |
| Behov av tolk: Ja Nej | Om ja vilket språk?\_Klicka eller tryck här för att ange text.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |
| Frågeställning | | | |
| Fritext:Klicka eller tryck här för att ange text. | | | |
| ECOG performance status: 0 1 2 3 4  Stomier: Nej Urostomi Tarmstomi Nefrostomi  Vikt: kg Längd: cm BMI: m2/kg Rökare: Ja Nej | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **B-Hb:** g/L **S/P-Albumin**: g/L  **Har patienten symtom av tumören:** Ja Nej  **Om ja, specificera:**Klicka eller tryck här för att ange text.  **Andra uppgifter om sjukdomar/tillstånd som anses vara av vikt för behandling och omvårdnad:**  Klicka eller tryck här för att ange text. | |
| **Diagnos** | |
| **Vilken diagnos föranleder remissen:**Klicka eller tryck här för att ange text.  **Primärtumör:** Ja Nej  **Histologisk subtyp:** Skivepitelcancer Adenocarcinom  **Molekylär klassificering om tillämpligt:** Klicka eller tryck här för att ange text. .  **PAD (kopior skall bifogas) eftergranskad:** Ja Nej | **Recidiv:** ☐Ja ☐Nej  Annat specificera:Klicka eller tryck här för att ange text.  **HPV relaterad tumör:** Ja Nej  **Datum för eftergranskning:** Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Genomförda bilddiagnostiska undersökningar (kopia på utlåtande skall bifogas)** | |
| **DT buk:** Ja Nej **DT buk:** Ja Nej **PET-DT:** Ja Nej **MRT buk/bäcken:** Ja Nej | |

|  |
| --- |
| **Om ja datum:**Klicka eller tryck här för att ange datum. **Om ja datum:**Klicka eller tryck här för att ange datum. **Om ja datum:** Klicka eller tryck här för att ange datum.**Om ja datum:**Klicka eller tryck här för att ange datum. |
| **Beskrivning av tumören** |
| **Tumörstorlek:** mm **Misstänkt spridning lokalt i bäckenet eller utanför bäckenet**: Ja Nej  Om ja, specificera: Klicka eller tryck här för att ange text.  **Central tumör:** Ja Nej **Ytterligare utbredning:** Ja Nej  Engagerar tumören: Om ja engagerar tumören:  Urinblåsa: Ja Nej Lymfkörtlar: Ja Nej  Ureter: Ja Nej Bäckenkärl: Ja Nej  Kolon: Ja Nej Nerver: Ja Nej  Rektum: Ja Nej Ben: Ja Nej  Vagina: Ja Nej Muskulatur: Ja Nej  Vulva: Ja Nej Om ja:  Analsphinctern: Ja Nej Levator muskulatur: Ja Nej  Ev. kvarvarande uterus/adnex: Ja Nej Obturator internus muskeln: Ja Nej  Piriformis muskeln: Ja Nej |
| **Tidigare resektionskirurgi** |
| Ja Nej Om ja datum: Klicka eller tryck här för att ange datum. Om nej gå vidare till nästa rubrik  **Vilka ingrepp utfördes fritext**:Klicka eller tryck här för att ange text.  **Uppnåddes mikroskopisk radikalresektion (R0) vid primärkirurgi:** Ja Nej |

|  |
| --- |
| **Adjuvant radioterapi**: Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Adjuvant brachy:** Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Adjuvant kemoterapi:** Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum |
| **Given primärbehandling radioterapi/radiokemoterapi** |
| Ja Nej  **Extern radioterapi:** Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Brachybehandling:** Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: **Konkomitant kemoterapi:** Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum  **Adjuvant kemoterapi:** Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum |
| **Given behandling vid första recidiv i förekommande fall** |
| **KIRURGI**  Ja Nej Om ja datum: Klicka eller tryck här för att ange datum. Om nej gå vidare till nästa rubrik  **Vilka ingrepp utfördes fritext**: Text  **Uppnåddes mikroskopisk radikalresektion (R0):** Ja Nej |

|  |
| --- |
| **Adjuvant radioterapi:** JaNej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Adjuvant brachy:** JaNej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Adjuvant kemoterapi**: Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum |
| **RADIOTERAPI/RADIOKEMOTERAPI**  Ja Nej  **Extern radioterapi:** Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Brachybehandling:** Ja Nej Om ja: Totaldos: Gy Datum för strålstart/strålslut: Klicka eller tryck här för att ange datum.  **Konkomitant kemoterapi:** Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum  **Adjuvant kemoterapi:** Ja Nej Om ja: Ange läkemedel: läkemedel Antal kurer: st. Datum första/sista kur: datum |
| **ANNAN MEDICINSK ONKOLOGISK BEHANDLING**  Ja Nej Om ja, start/slutdatum: Klicka eller tryck här för att ange datum.  Om ja, specificera: Klicka eller tryck här för att ange text. |