

**Remiss nationell högspecialiserad vård (NHV) för anmälan till nationell MDK och i förekommande fall, kirurgisk åtgärd inom definitionen för NHV avancerad bäckenkirurgi**

Patientens för- och efternamn
Patientens adress

Patientens personnummer, 12 siffror
Patientens telefonnummer

**Remissen gäller**

- Gynekologi
- Kolorektalkirurgi
- Urologi

Remitterande läkare
Enhet

Kontaktsjuksköterska
Telefonnummer remittent OBS! direktnummer till nåbar person, inte växel

**Komorbidityt**

Performance status enligt WHO/ECOG (0–4) samt information om annan relevant sjukdom och läkemedelsbehandling.

- WHO/ECOG 0
- WHO/ECOG 1
- WHO/ECOG 2
- WHO/ECOG 3
- WHO/ECOG 4

**Annan relevant sjukdom och läkemedelsbehandling**

**Primärdiagnos**

1. Primärtumör samt lokalisation

Diagnosdatum

Px-verifierat?

- Ja
- Nej

**Om recidiv eller persisterande tumör efter kurativt syftande onkologisk behandling**

Px-verifierat?

- Ja
- Nej

2. Plats för recidiv/persisterande tumör

Diagnosdatum

**Radiologi, undersökningar**

**Datum för undersökning**

**Undersökningen utförd på sjukhus**

- |   |       |       |
|---|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> CT Thorax                          | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> CT Buk                             | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> MR Buk/bäcken                      | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> PET/CT                             | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Koloskopi                          | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> Annan undersökning, beskriv vilken | ..... | ..... |

**Resultat av utförd radiologi**

**Histologisk bild**

Adenocarcinom  Ja  Nej  
 Skivepitelcancer  Ja  Nej  
 Annat  Ja  Nej

**Given primärbehandling**(Om applicerbart)  Ja  Nej

1. Resektionskirurgi, datum .....
2. Kirurgi utan resektion (avlastning), datum.....
3. Cytostatika, startdatum ..... slutdatum .....
- Neoadjuvant
- Adjuvant
4. Extern radioterapi, dos ..... datum för strålstart ..... datum för strålslut .....
5. Brachyterapi, dos ..... datum för strålstart ..... datum för strålslut .....
6. Annat .....

**Given recidivbehandling**(Om applicerbart)  Ja  Nej

1. Resektionskirurgi, datum .....
2. Kirurgi utan resektion (avlastning), datum:
3. Cytostatika, startdatum ..... slutdatum .....
7. Extern radioterapi, dos ..... datum för strålstart ..... datum för strålslut .....
8. Brachyterapi, dos ..... datum för strålstart ..... datum för strålslut .....
6. Annat .....

**Molekylärdiagnostik (MMR status obligatoriskt om adenocarcinom)**Primärtumör  Ja  NejRecidiv  Ja  Nej

1. MSS  Ja  Nej
2. MSI-H  Ja  Nej
3. BRAF-mutation  Ja  Nej
4. KRAS-mutation  Ja  Nej
5. NRAS-mutation  Ja  Nej

**Tolkbehov**

- Nej  
 Ja, språk .....

**Samtycker patienten till sammanhållen journalföring?**

- Att vi får läsa spärrad journal  Ja  Nej  
 - Att vi får läsa läkemedelsförteckningen  Ja  Nej  
 - Att vi får läsa nationell gemensam journal  Ja  Nej  
 - Att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet  Ja  Nej

**Remiss och bilagor skickas till en av följande NHV-enheter**

Remissportalen  
**Sahlgrenska Universitetssjukhuset**  
 413 45 Göteborg  
 Tfn 031-343 44 26  
 Fax 031-25 14 63

S Kolorektal Kir GI Ca Mott  
**Karolinska Universitetssjukhuset**  
 Eugeniavägen 3, A5:01  
 171 76 Stockholm  
 Tfn 073-966 13 76  
 Fax 08-123 741 92

Kirurgiska kliniken mottagning  
**Skånes Universitetssjukhus**  
 Jan Waldenströms gata 11 A  
 205 02 Malmö  
 Tfn 040-33 10 00  
 Fax 040-33 78 77