|  |
| --- |
| 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 [ ] 4Stomier: [ ] Nej [ ] Urostomi [ ] Tarmstomi [ ] NefrostomiVikt: 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 [ ] NejOm ja, specificera: Klicka eller tryck här för att ange text. **Central tumör:** [ ] Ja [ ] Nej **Ytterligare utbredning:** [ ] Ja [ ] NejEngagerar tumören: Om ja engagerar tumören:Urinblåsa: [ ] Ja [ ] Nej Lymfkörtlar: [ ] Ja [ ] NejUreter: [ ] Ja [ ] Nej Bäckenkärl: [ ] Ja [ ] NejKolon: [ ] Ja [ ] Nej Nerver: [ ] Ja [ ] NejRektum: [ ] Ja [ ] Nej Ben: [ ] Ja [ ] NejVagina: [ ] Ja [ ] Nej Muskulatur: [ ] Ja [ ] NejVulva: [ ] Ja [ ] Nej Om ja:Analsphinctern: [ ] Ja [ ] Nej Levator muskulatur: [ ] Ja [ ] NejEv. kvarvarande uterus/adnex: [ ] Ja [ ] Nej Obturator internus muskeln: [ ] Ja [ ] NejPiriformis 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:** [ ] 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 |
| **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. |