

Nationellt kvalitetsregister för kolorektal cancer – Onkologblankett

Fylls vid läkarbesök och vid förändring i behandling

Behandling vid onkologiklinik/onkologisk behandling

Läkare	Personnummer
Klinik/avd	
Sjukhus	
<input type="checkbox"/> Koloncancer <input type="checkbox"/> Rektalcancer Inrapporteringsdatum År Mån Dag	
Namn	

Onkologisk tilläggsbehandling vid primär diagnos

Preoperativ tilläggsbehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Preop radioterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Startdatum	År Mån Dag Dos Gy/fraktion Antal fraktioner
Preop radiokemoterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Radioterapi startdatum	År Mån Dag Dos Gy/fraktion Antal fraktioner
Kemoterapi startdatum	År Mån Dag <input type="checkbox"/> Capecitabine (Xeloda) <input type="checkbox"/> Bevacizumab (Avastin) <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix) <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Panitumumab (Vectibix) <input type="checkbox"/> Irinotecan
Preop kemoterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kemoterapi startdatum	År Mån Dag <input type="checkbox"/> Capecitabine (Xeloda) <input type="checkbox"/> Bevacizumab (Avastin) <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix) <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Panitumumab (Vectibix) <input type="checkbox"/> Irinotecan Övriga antitumorala läkemedel _____
Postoperativ tilläggsbehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Postop radioterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Startdatum	År Mån Dag Dos Gy/fraktion Antal fraktioner
Postop radiokemoterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Radioterapi startdatum	År Mån Dag Dos Gy/fraktion Antal fraktioner
Kemoterapi startdatum	År Mån Dag <input type="checkbox"/> Capecitabine (Xeloda) <input type="checkbox"/> Bevacizumab (Avastin) <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix) <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Panitumumab (Vectibix) <input type="checkbox"/> Irinotecan
Postop kemoterapi	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kemoterapi startdatum	År Mån Dag <input type="checkbox"/> Capecitabine (Xeloda) <input type="checkbox"/> Bevacizumab (Avastin) <input type="checkbox"/> Fluorouracil <input type="checkbox"/> Cetuximab (Erbix) <input type="checkbox"/> Oxaliplatin <input type="checkbox"/> Panitumumab (Vectibix) <input type="checkbox"/> Irinotecan Övriga antitumorala läkemedel _____