

**TUMÖR I PANKREAS OCH PERIAMPULLÄRA OMRÅDET – ANMÄLAN**

Ifylls i samband med behandlingsbeslut

Originallet skickas till: [adress till regionalt OC]	<b>Vårdenhet/klinik</b>	<b>Patientdata</b>
Datum för ifyllande <b>20</b>		
Anmälände läkare: .....		

Har patienten remitterats från annan vårdenhet:

 nej ja, ange sjukhus, klinik: .....

Datum då remiss utfärdats

**20** | | | | | | | |

Datum då remiss registrerats

**20** | | | | | | | |**Patient bedömd på multidisciplinär konferens** nej (Var god och fyll i resten av blanketten) ja, på inrapporterande enhet (Var god och fyll i resten av blanketten) ja, på annat sjukhus/klinik: ..... (Inget ytterligare behövs fyllas i. Skicka in blanketten till Onkologiskt centrum.)**UTREDNING**

Ultraljud	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	ERCP	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	Scintigrafi	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Datortomografi	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	PTC	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	Vävnadsprov	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
MRT	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	PET/PET-CT	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	Om Ja, ange	<input type="checkbox"/> benigt	<input type="checkbox"/> malignt
Endoskopiskt US	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	Diagnostisk laparoskopi	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja	Neuroendokrin utredning	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja

**UTBREDNING****Tumörtyp** Solid  Cystisk  IPMN**Lokalisation**

<input type="checkbox"/> Duodenum	<input type="checkbox"/> Caput (fr hö till vä rand v mes sup)
<input type="checkbox"/> Distal gallgång	<input type="checkbox"/> Corpus (fr vä rand v med sup till vä rand aorta)
<input type="checkbox"/> Papilla Vateri	<input type="checkbox"/> Cauda (fr vä rand aorta till mjälten)
	<input type="checkbox"/> Huvudgångs IPMN (hela körteln engagerad)
	<input type="checkbox"/> Pankreas UNS

**Venengagemang** Inget Ja, > 50% o/e deformation, > 2 cm Ja, ≤ 50% kringväxt, ingen deformation, ≤ 2 cm längd Ja, total ocklusion m kollateralbildning Ja, > 50% o/e deformation, ≤ 2 cm Ja, SMV huvudgrenar involverade Ej bedömt**Artärogagemang** Inget (fram till men ej runt SMA) Ja, peripank växt förbi truncus o/e a hepatica Ja, SMA huvudgrenar involverade ("kvasten") Ja, ≤ 50% och ≤ 2 cm längd Ja, SMA o/e truncus/a hepatica omsluten av tumör Ja, peripank växt bakom och förbi SMA relativt tumören Ej bedömt**Förstorade lymfkörtlar** nej ja ej bedömt**Fjärrmetastaser påvisad** nej  ja, ange

Lever

 nej ja

Lunga

 nej ja

Ascites

 nej ja

Annat

 nej ja**Överväxt på annat organ påvisad** nej  ja, ange

Ventrikel

 nej ja

Bi-/njure

 nej ja

Kolon

 nej ja

Annat

 nej ja**Organspecifikt morbiditet** ej bedömt

Kronisk pankreatit

 nej ja

Kongenital anomali

 nej ja

Tidigare pankreaskirurgi

 nej ja

Dilaterad pankreasgång

 nej (< 3 mm) ja (≥ 3 mm)

Dilaterade gallvägar

 nej (< 7 mm) ja (≥ 7 mm)

**DIAGNOS OCH BEHANDLINGSBESLUT**

Datum för behandlingsbeslut 2 0

Multidisciplinär konferens  nej  ja**Bedömning**

- Primärt resekel
- Primärt resekel med resektion av
- ven
  - artär
  - multiorgan
  - kombination av ovanstående
- Primärt icke resekel utan fjärrmetastaser
- Fjärrmetastaser
- Oklar tumörbedömning – kompletterande utredning

**Diagnos**

- Sannolik malign tumör
- Sannolik premalign tumör
- Sannolik benign tumör
- Sannolik neuroendokrin tumör
- Neoadjuvant behandling  nej  ja
- Ny multidisciplinär konferens eller behandlingsbeslut  nej  ja

**Om Ja, fyll i uppgifterna gällande ny multidisciplinär konferens i kolumnen bredvid!**

Datum för ev. ytterligare beslut 2 0  
(och därmed definitivt behandlingsbeslut)Multidisciplinär konferens  nej  ja**Bedömning**

- Primärt resekel
- Primärt resekel med resektion av
- ven
  - artär
  - multiorgan
  - kombination av ovanstående
- Primärt icke resekel utan fjärrmetastaser
- Fjärrmetastaser
- Inget av ovan

**Diagnos**

- Sannolik malign tumör
- Sannolik premalign tumör
- Sannolik benign tumör
- Sannolik neuroendokrin tumör
- Neoadjuvant behandling  nej  ja

**Definitivt behandlingsbeslut**  Icke-kurativt syftande behandling (enbart alt 1 fylls i)  
 Kurativt syftande operation (alt 2 fylls i)

**Alt 1. Icke kurativt syftande behandling** (fylls enbart i vid palliation)

Anledning  Ej operabel  Ej resekel  Vill ej opereras

Behandling (flera alternativ kan fyllas i)  
 Kirurgisk palliation  Endoskopisk palliation  Onkologisk palliation  PTC  Best supportive care

Patienten remitterad till enhet kopplad till Svenska palliativregistret  
 nej  ja  ej aktuellt  vet ej

**CANCERANMÄLAN**

Datum för diagnos 2 0

(då diagnosen fastställdes kliniskt o/e genom morfologisk undersökning, i första hand provtagningsdatum)

Datum för åtgärdsbesked till patient 2 0

 Datum för åtgärdsbesked kan ej anges (åtgärdsbesked lämnas av inremitterande enhet)**Diagnosgrund**

- Imaging
- Histopatologi Patologiavd. .... Preparatnr/år.....
- Cytologi

**Morfologisk diagnos i klartext:** ..... (om histopatologi eller cytologi föreligger)

**Tumörens lokalisation (ICD-kod)**

- C17.0 Malign tumör i duodenum  C25.0 Malign tumör i caput  D01.4 Ca in situ i duodenum
- C24.0 Malign tumör i distal gallgång  C25.1 Malign tumör i corpus  D01.5 Ca in situ i distal gallgång eller papilla Vateri
- C24.1 Malign tumör i papilla Vateri  C25.2 Malign tumör i cauda  D01.7 Cancer in situ i pankreas
- C25.3 Malign tumör i ductus
- C25.4 Malign tumör i Langerhanska öarna
- C25.9 Malign tumör i pankreas UNS

cTNM

Inget ytterligare behövs fyllas i. Skicka in blanketten till Onkologiskt centrum.

**Alt 2. Kurativt syftande operation**

- Standard Whipple  Pylorussparande  Total pankreatectomi  Distal pankreasresektion +/- splenektomi
- E nukleation  Segmentresektion  Pancreassparande duodenectomi

Samtidig annan resektion  nej  ja  
 Laparoskopisk op  nej  ja Opererande sjukhus/klinik: .....

Datum för imaging 2 0

Avser datum för första undersökning i utredningsprocessen