

**NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR CANCER I LEVER OCH GALLVÄGAR – TUMÖRINGREPP**  
**Registerformulär 2** Skall fyllas i i anslutning till ingrepp *Insändes till Onkologiskt centrum*

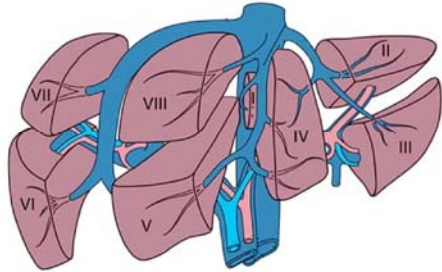
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik  Inrapportör  <b>Datum för tumöringrepp</b> (År-mån-dag)	Personnr: Namn:
<b>Resektion/transplantation/ablation</b> <input type="checkbox"/> Nej (Fyll i tom Alt 1 nedan) <input type="checkbox"/> Ja (Fyll alt 2 nedan)	Insändes till Onkologiskt centrum
<b>Förmodad diagnos</b> <input type="checkbox"/> Primär tumör utgången från... <input type="checkbox"/> lever <input type="checkbox"/> gallvägar <input type="checkbox"/> gallblåsa <input type="checkbox"/> Metastas i lever	

**ALT 1. TRANSPLANTATION/RESEKTION/RF = NEJ**

Har försök till tumöringrepp genomförts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja ange op.koder...	         
Orsak till att radikalt syftande ingrepp inte genomfördes;	<input type="checkbox"/> Tumörutbredning i lever/gallvägar <input type="checkbox"/> Tumörutbredning utanför lever/gallvägar <input type="checkbox"/> Annan orsak
<b>Om ingen tumörresektion utförts är blanketten färdigfylld och kan sändas in. Alt 2 nedan behöver ej fyllas i.</b>	

**ALT 2. TRANSPLANTATION/RESEKTION/ABLATION = JA**

<b>KOMORBIDITET</b>			
Ange ASA-klassifikation (1-5) _____			
<b>KLINISK BEDÖMNING AV LEVER VID INGREPP</b>			
Steatotisk lever	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Cirrotisk lever	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Blue liver syndrome/cytostatikapåverkad lever	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>TIDIGARE/GENOMGÅNGEN BEHANDLING</b>			
Tidigare ingrepp för tumör i lever/gallvägar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja ange orsak till förnyad operation:	<input type="checkbox"/> Tumör i tidigare behandlat område <input type="checkbox"/> Recidiv av tidigare behandlad tumör i nytt område <input type="checkbox"/> Tidigare opererad för annan typ av tumör <input type="checkbox"/> Planerat förfarande/annan orsak	
Metastas, nu eller tidigare, som behandlats (annan lokal än lever)?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange var...	<input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Peritoneum <input type="checkbox"/> Annan	
Medicinsk onkologisk / annan tumörinriktad behandling sista 3 månader inför ingrepp?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange respons av behandling:	<input type="checkbox"/> Respons (komplett eller partiell) <input type="checkbox"/> Stabil tumörsjukdom <input type="checkbox"/> Progress <input type="checkbox"/> Ej möjligt att bedöma	
Portaemboliserad inför leverkirurgi?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Preoperativ avlastning av gallvägar?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
<b>TUMÖR STAGING</b>			
Antal radiologiskt mätbara tumörer (i lever) inför ingrepp: .....			
Ange längsaxelmått på den största (vid HCC de 3 största tumörerna) (ange i mm, x=ej känt):	1.	2.	3.
<b>KLINISK TUMÖRUTBREDNING I LEVER (I SAMBAND MED INTERVENTION):</b>			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange... 1. <b>Antal</b> påvisade tumörer: → <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <b>Segment</b> som engageras av tumör ange →	<input type="checkbox"/> Segment I <input type="checkbox"/> Segment II <input type="checkbox"/> Segment III <input type="checkbox"/> Segment IV	<input type="checkbox"/> Segment V <input type="checkbox"/> Segment VI <input type="checkbox"/> Segment VII <input type="checkbox"/> Segment VII	
Lokalt extrahepatisk tumörväxt (misstänk):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Trombos i porta eller leverven	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, om ja, tumörtromb?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Oklart

<b>Registerformulär 2, forts.</b>	Personnr:
<b>KLASSIFIKATION AV ÅTGÄRD</b>	<b>Op koder</b>
<b>RESEKTION AV LEVER (JJB)</b>	
ange omfattning...	<b>Lokalisation och omfattning</b> <input type="checkbox"/> Segment I <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment II <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment III <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment IV A <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment IV B <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment V <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment VI <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment VII <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk <input type="checkbox"/> Segment VIII <input type="checkbox"/> Segmentresektion <input type="checkbox"/> Icke-anatomisk
<b>ABLATIV BEHANDLING (JJA43 alt TJJ10)</b>	<b>Behandlat segment</b> <input type="checkbox"/> Segment I <input type="checkbox"/> Segment II <input type="checkbox"/> Segment III <input type="checkbox"/> Segment IV A <input type="checkbox"/> Segment IV B <input type="checkbox"/> Segment V <input type="checkbox"/> Segment VI <input type="checkbox"/> Segment VII <input type="checkbox"/> Segment VIII
<b>Teknik</b> Radiofrekvensablation (RF) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Annan metod, <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja om ja (annan) ange metod: <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Etanol <input type="checkbox"/> Annan	
<b>Antal behandlade lokaler:</b> _____	
<b>Åtgärdskrävande komplikationer under kirurgi/ablation</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>Radikalt genomfört ingrepp</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Oklart
<b>Blödning under ingreppet</b> .....	ml