

Canceranmälan/registreringsblankett CANCER COLI - RECTI (ADENOCARCINOM)

Opererande / behandlande Sjukhus, klinik	Personnr
.....	
Insändes efter avslutat primär behandling till (kopia kan behållas i journal); Onkologiskt centrum, Universitetssjukhuset, 901 85 UMEA Tel 090-785 19 90 Fax 090-12 74 64	Namn

I. Utredning

Diagnosdatum
Ar Mån Dag

Datum för ankomst av remiss
Ar Mån Dag

Screeningupptäckt Nej Ja Endast klinisk diagnos Ja

Preterapeutisk staging avseende primärtumör Nej Ja: → Modalitet: CT MR Rektalt ultraljud

Preterapeutisk staging avseende lungmetastaser Nej Ja: → Modalitet: CT MR Lungrtg

Preterapeutisk staging avseende levermetastaser Nej Ja: → Modalitet: CT MR Ultraljud

Utfall av preterapeutisk staging/utredning cT1-2 cN0 cM0 cT3 cN1-2 cM1 cT4 cNX cMX cTX

Lever Ja Nej
 Lunga Ja Nej

II. Behandling, operation

Preterapeutisk bedömning i multidisciplinär terapigrupp Nej Ja, datum
Ar Mån Dag

- om ja, bedömd av: Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Ssk

Primärt inexistirpabel tumör Nej Ja

Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad Nej Ja

Preop strålbehandling Nej Ja, Sjukhus/klinik

Datum för strålstart
Ar Mån Dag

Kort (5 x 5 Gy)
 Lång (25 x 1,8/2 Gy)
 Annan fraktionering

Preop cytostatikabehandling Nej Ja, Sjukhus/klinik

Preop peroral tarmförberedelse Nej Ja

Preop avlastning Nej Ja

- om ja, intentionen temporär: Nej Ja

Stent Nej Ja

Stomi Nej Ja

Tumörlokalisering Colon Rektum Ej bedömbart

Rektoskopi, nedre tumörnivå: cm från anus (gäller rektalcancer)

Tumörläge (separat blankett ifylles för varje tumör om multipla tumörer)

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Appendix | <input type="checkbox"/> 4 Flexura hepatica | <input type="checkbox"/> 7 Descendens |
| <input type="checkbox"/> 2 Caecum | <input type="checkbox"/> 5 Transversum | <input type="checkbox"/> 8 Sigmoidium |
| <input type="checkbox"/> 3 Ascendens | <input type="checkbox"/> 6 Flexura lienalis | <input type="checkbox"/> 9 Ej bedömbart |

II (forts)

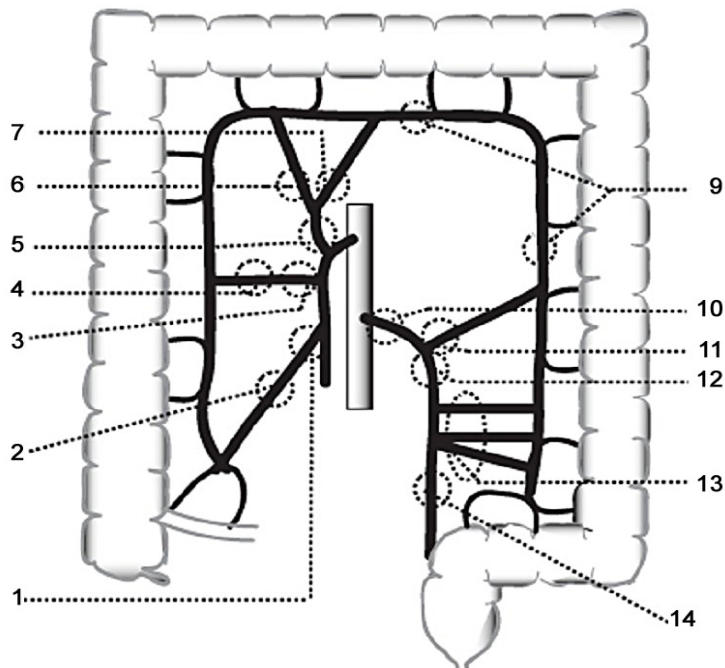
Kirurgisk åtgärd Ingen terapeutisk åtgärd

Åtgärdsdatum:
År Mån Dag

- Enbart stent;
 Endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd);
 Operation

Markera nivå för proximal kärlligatur/-er i figuren

Placering av proximal kärlligatur ej angivet Ej tillämpligt



*Om a colica dx avgick från a ileocolica;
 markera 1 om Ni tog med a col dx; 2 om Ni sparade den*

Resektion av annat organ Nej Ja

- om ja, specificera:

Samtidig levermetastasop Nej Ja

Laparoskopisk operation Nej Ja

- om ja: konverterad Nej Ja

Skyddande stomi Nej Ja

Permanent stomi Nej Ja

Perop sköljning av rektum Nej Ja

Perop tarmperforation Nej Ja

- om ja, tumörnära perforation

Ej angivet Nej Ja

Operationen bedömdes:

- lokalt radikal

Ej bedömbart Tveksam Nej Ja

- kurativ

Ej bedömbart Tveksam Nej Ja

Elektiv operation

Akut operation pga:

Ileus

Blödning

Perforation/abscess

Annat, spec.....

Utförd operation

1 Ileocekal resektion

2 Högersidig hemikolektomi

3 Transversumresektion

4 Vänstersidig hemikolektomi

5 Sigmoidumresektion

6 Kolektomi

7 Främre resektion

utan reservoir

m reservoir / sida-ända

8 Rektumamputation

9 Hartmann's operation

10 TEM

11 Lokal excision

12 Laparotomi utan resektion

13 Annan op, vilken:.....

Kirurgisk kompetens vid op (kryssa i samtliga)

ST/ul

Spec, kolorektal inriktning

Specialist

Ackrediterad kolorektalkirurg

Knivtid, Start kl: : : Slut kl: : :
Tim min tim min

ASA-klass (enligt anestesijournal):

Perop blödning ml (enligt anestesijournal):

Vikt: Ej dokumenterat

Längd: Ej dokumenterat

III. Tumörstadium – operationsfynd och PAD

Adenocarcinom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
T-stadium	N-stadium	M-stadium (klinisk uppgift)
<input type="checkbox"/> TX	<input type="checkbox"/> NX	<input type="checkbox"/> MX
<input type="checkbox"/> T0	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> M0
<input type="checkbox"/> T1 → <input type="checkbox"/> T1sm1 <input type="checkbox"/> T1sm2 <input type="checkbox"/> T1sm3 <input type="checkbox"/> sm-klass framgår ej	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> M1 → <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Annat, specificera:
<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> N2	
<input type="checkbox"/> T3 → <input type="checkbox"/> T3A/B <input type="checkbox"/> T3C/D <input type="checkbox"/> T3 A/B/C/D framgår ej		
<input type="checkbox"/> T4 → <input type="checkbox"/> T4A <input type="checkbox"/> T4B <input type="checkbox"/> T4A+B <input type="checkbox"/> T4 A/B framgår ej		
Antal undersökta körtlar:	<input type="checkbox"/> Ej angivet	Antal positiva körtlar:
	<input type="checkbox"/> Ej angivet	<input type="checkbox"/> Ej angivet
Mikroskopiskt radikal (=ingen växt i resektionsrand)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt
	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	
Mucinös cancer	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej angivet
Perineural växt påvisad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej angivet
Kärlinväxt påvisad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej angivet
Differentieringsgrad	<input type="checkbox"/> Högt <input type="checkbox"/> Medelhögt <input type="checkbox"/> Lågt	<input type="checkbox"/> Ej angivet
Minsta cirkumferentiell resektionsmarginal: mm (avstånd i mm enl PAD)		<input type="checkbox"/> Ej angivet
Minsta longitudinella resektionsmarginal: mm (avstånd i mm till den närmsta resektionsranden i tarmväggen, enl PAD)		<input type="checkbox"/> Ej angivet
Prepnr.....	Preparatdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Patolog lab:.....
	Ar Mån Dag	

T – primärtumör*	TX	Primärtumören ej bedömbart
	T0	Ingen påvisad primärtumör
	T1sm1-3	Tumörinvasion i submukosan. Underklassifikation sm 1-3 <i>sm 1 – Invasion av den ytligaste 1/3 av submukosan</i> <i>sm 2 – Invasion ner i 2/3 av submukosan</i> <i>sm 3 – Invasion ner i djupaste delen, 3/3 av submukosan</i>
	T2	Tumörinvasion i muscularis propria
	T3 a/d	Tumören växer igenom muscularis propria in i subserosan eller in i icke peritonealiserad perikolisk vävnad. <i>T3a = minimal invasion utanför muscularis propria, < 1 mm</i> <i>T3b = lätt invasion utanför muscularis propria, 1 - 5 mm</i> <i>T3c = måttlig invasion utanför muscularis propria, <5 - 15 mm</i> <i>T3d = extensiv invasion utanför muscularis propria, > 15 mm</i>
	T4a/b	Invasion i angränsande organ eller perforation genom visceralt peritoneum <i>T4a – Invasion i andra organ</i> <i>T4b – Genomväxt av serosan</i> <i>T4a+b Överväxt på annat organ inklusive tarm enligt ovan + separat genomväxt av serosa till fri bukhåla</i>
N - Regionala lymfkörtlar	NX	Regionala lymfkörtlar kan ej bedömas
	N0	Inga regionala lymfkörtelmetastaser
	N1	Metastaser i 1-3 perikoliska lymfkörtlar
	N2	Metastaser i fler än 3 perikoliska lymfkörtlar
M – Fjärrmetastaser	MX	Förekomst av fjärrmetastaser kan ej bedömas
	M0	Inga fjärrmetastaser
	M1	Fjärrmetastaser
		*Tis finns inte med i denna uppställning. Tis = grav dysplasi, inte invasiv cancer. Tis canceranmäles men registreras inte i coloncancer registret
		<i>Minsta resektionsmarginal: Ange minsta avstånd i mm enl PAD från tumören till resektionsyta - i mesot, tarmväggen eller i omgivande organ vid överväxt. Gäller resektionsyta, således ej peritoneum viscerale. Gäller direkt tumörväxt eller metastatisk växt.</i>

IV. Postoperativa komplikationer (inom vårdtillfället eller inom 30 dagar efter operationen)

Postop kompl. Nej Ja, ange nedan

Kardiovaskulära Nej Ja, specificera:

Infektiösa Nej Ja Pneumoni Sepsis

Kirurgiska Nej Ja Sårinfektion Intraabdominell inf Sårruptur Blödning
 Anastomosinsuff Stomikompikation KAD v utskrivning

Övriga kompl. Nej Ja, specificera

1. IVA-vård Nej Ja: In, datum Ar Mån Dag Ut, datum Ar Mån Dag
 Intagning till IVA från vårdavd, eller oplanerad behandling på IVA längre än 1 dygn direkt efter op.

Datum Ar Mån Dag

2. Reoperation/-er Nej Ja: Ar Mån Dag Orsak: sårruptur
 blödning
 infektion
 anastomosinsufficiens
 annat, spec:

Datum Ar Mån Dag

3. Oplanerad återintagning Nej Ja: Orsak/-er:
 Varje oplanerad återintagning i slutet vård, oberoende av klinik, inom 30 dagar från op

4. Död inom 30 dagar postop Nej Ja: Dödsorsak/-er:
 eller under samma vårdtillfälle (oberoende av orsak).

V.Fortsatt planering /behandling

Utskriven, datum Ar Mån Dag Utskriven till Hemmet Annan vård Avliden Poliklin beh

Postop bedömning i multidisciplinär terapigrupp Nej Ja, datum Ar Mån Dag

- om ja, bedömd av: Kirurg Onkolog Patolog Radiolog Ssk

Adjuvant behandling planerad (kemo / antikroppar / strålning) Nej Ja, Sjukhus/klinik

Palliativ behandling planerad (kemo / antikroppar / strålning) Nej Ja, Sjukhus/klinik

Ytterligare behandling och förnyad bedömning med kurativ intention planerad Nej Ja

Pat opererad för metastaser eller remitterad för ställningstagande till metastaskir Nej Ja Vet ej

Uppföljning planerad utöver postop återbesök Nej Ja

Uppföljande sjukhus/klinik

Patienten inkluderad i studie Nej Ja Vilken:.....

VI. Underskrift av ansvarig

.....

Ort, datum Signatur Namnförtydligande