

Sjukhus, klinik, avd .....	Personnummer
Besöksdatum .....	Namn
Läkare .....	Insändes till:

**BEHANDLING EFTER UTSKRIVNING**

<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Postop strålbeh	<input type="checkbox"/> Postop kemoterapi	<input type="checkbox"/> Annan	<input type="checkbox"/> Ej bestämd
Ev skyddande stomi nedlagd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum .....		

**CANCERRECIDIV**

<b>Cancerrecidiv</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Lokalrecidiv</b> (tumörrecidiv i samma område som primärtumören)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum för första recidiv .....
Nyupptäckt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Histopatologiskt verifierat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Fjärrmetastas</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum för första fjärrmetastas .....
Lokalisation	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Annat.....
Nyupptäckt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Histopatologiskt verifierad	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Bedömt på MDT konferens</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum
	<input type="checkbox"/> Kirurg	<input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Ssk
Beslut handläggning	<input type="checkbox"/> Palliativ	<input type="checkbox"/> Kurativt syftande <input type="checkbox"/> Ny bedömning planeras
<b>Behandling av fjärrmetastaser/lokalrecidiv</b>		
Potentiellt kurativ resektion utförd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange <input type="checkbox"/> R0 (kurativ) <input type="checkbox"/> R1/R2 (icke kurativ)
Op datum		
Op sjukhus, klinik		
Tilläggsbehandling (neo-adjutant och/eller adjutant)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> Kemoterapi <input type="checkbox"/> RF/stereotaktisk strålning
Palliativ cytostatika given	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Är patienten nu till synes tumörfri?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Oklart, utredn pågår <input type="checkbox"/> Oklart, ingen utredn

**SENA POSTOPERATIVA KOMPLIKATIONER EFTER PRIMÄROPERATION (> 30 dagar postoperativt)**

Postoperativ komplikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, enligt nedan	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Reoperation	
Insufficiensfraktur i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ileus - subileus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anastomoskomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Abscess i buk/bäcken	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stomikomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ärrbräck	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anal inkontinens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Miktionsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sexuella komplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vad? .....			

**FORTSATT KONTROLL**

Fortsatta kontroller	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sjukhus/klinik .....
Avliden	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja