Nationellt kvalitetsregister urinblåsa och urinvägar

Behandlingsformulär *Fylls i efter avslutad primärbehandling oavsett tidsintervall*	Personnummer |___|___|___|___|___|___|___|___| – |___|___|___|___| År Måndad Dag
Sjukhus/klinik	
Ansvarig läkare	Namn
Inrapportör	Rapporteringsdatum

Urinblåsa

Behandlingsuppgifter

Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska

☐ Nej ☐ Ja

Diskuterad på multidisciplinär konferens

☐ Nej ☐ Ja, datum behandlingsbeslut |__|__|__|__|__|__|

Deltar i klinisk studie

☐ Nej ☐ Ja

Cytostatika engångsinstillation

☐ Nej ☐ Ja

Reresektion

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Finns detrusormuskel i preparatet?

☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

T-stadium förändrat efter reresektion?

☐ Nej ☐ Ja, fyll i nytt T-stadium nedan

pT-stadium reresektion (TNM 8:e upplaga, 2017)

☐ T0 (ingen tumör)
☐ Ta (ej invasiv)
☐ Tis (endast primär, in situ)
☐ T1 (lamina propria)
☐ T1e (extensive)
☐ T1m (minimal)
☐ T2 (tumören infiltrerar detrusormuskel)
☐ T3 (tumören infiltrerar perivesikal vävnad)
☐ T4a (prostata,vagina,uterus)
☐ T4b (bäckenvägg, bukvägg, rektum)

Grad (WHO 1999) förändrad efter reresektion?

☐ Nej ☐ Ja, fyll i ny grad nedan

Grad (WHO 1999)

☐ G0 (ingen tumör)
☐ LMP (tumör med låg malignitetspotential)
☐ G1 (högdifferentierad)
☐ G2 (medelhögdifferentierad)
☐ G3 (lågdifferentierad)
☐ GX (differentieringsgrad kan ej bedömas)

Primärbehandling

Intravesikal behandling

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Onkologisk remiss skickad?

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__| ☐ Sjukhus/klinik?.....
År Mån Dag

Cystektomi?

☐ Nej ☐ Ja

☐ Sjukhus/klinik?.....

Blåsresektion?

☐ Nej ☐ Ja

☐ Sjukhus/klinik?.....

Nationellt kvalitetsregister urinblåsa och urinvägar

Behandlingsformulär *Fylls i efter avslutad primärbehandling oavsett tidsintervall*	Personnummer |___|___|___|___|___|___|___|___| – |___|___|___|___| År Måndad Dag
Sjukhus/klinik	
Läkare ansvarig för uppgifter i formuläret	Namn
Inrapportör	Rapporteringsdatum

Njurbäcken

Behandlingsuppgifter

Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska

☐ Nej ☐ Ja

Diskuterad på multidisciplinär konferens

☐ Nej ☐ Ja, datum behandlingsbeslut |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Deltar i klinisk studie

☐ Nej ☐ Ja

Datum för behandlingsbeslut

|__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

p-TNM-stadium

Har pTNM-stadium förändrats jämfört med cTNM-stadium (anmälan)?

☐ Nej ☐ Ja (fylls i nedan)

T-stadium

☐ Ta (icke invasiv papillärcancer)
☐ Tis (cancer in situ)
☐ T1 (tumören infiltrerar lamina propria)
☐ T2 (tumören infiltrerar njurbäckenets muskellager)
☐ T3 (tumören infiltrerar i omgivande fett eller in i njurparenkymet)
☐ T4 (tumören infiltrerar närliggande organ eller genom njuren ut i omgivande fett)

N-stadium

☐ N0 (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte påvisas)
☐ N1 (metastas i en lymfkörtel 2 cm eller < 2 cm)
☐ N2 (metastas i en lymfkörtel > 2 cm eller multipla lymfkörtlar)
☐ NX (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte fastställas)

M-stadium

☐ M0 (fjärrmetastas kan inte påvisas)
☐ M1 (fjärrmetastas kan påvisas)

Har grad (WHO 1999) förändrats?

☐ Nej ☐ Ja

Grad (WHO 1999, se baksida)

☐ G0 (Ingen tumör)
☐ LMP (Tumör med låg malignitetspotential)
☐ G1 (Högt differentierad)
☐ G2 (Medelhögt differentierad)
☐ G3 (Lågt differentierad eller odifferentierad)
☐ GX (Differentieringsgrad kan ej bedömas)

Primärbehandling

Intravesikal behandling

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Typ av intravesikal behandling

☐ BCG ☐ Cytostatika - flergångsinstillation

Onkologisk remiss skickad?

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__| ☐ Sjukhus/klinik?.....
År Mån Dag

Blåsresektion?

☐ Nej ☐ Ja

☐ Sjukhus/klinik?.....

Ytterligare behandling

Kryssa i ytterligare behandling nedan

☐ Nefroureterektomi Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Medtagande blåscuff: Ja ☐ Nej ☐

☐ Nefrektomi (enbart) Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐

☐ Uretärektomi/lokal resektion Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Transuretralt med hjälp av laser ☐
Medtagande blåscuff: Ja ☐ Nej ☐

☐ Uretrektomi/lokal resektion Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Transuretralt med hjälp av laser ☐
Medtagande blåscuff: Ja ☐ Nej ☐

☐ Endoluminal kirurgi Datum: _____ Resektion av lesion ☐ Koagulation av lesion ☐

☐ Endoluminal instillation Datum: _____ BCG ☐ Cytostatika ☐

Kurativ behandling? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej

Nationellt kvalitetsregister urinblåsa och urinvägar

Behandlingsformulär *Fylls i efter avslutad primärbehandling oavsett tidsintervall*	Personnummer |___|___|___|___|___|___|___|___| – |___|___|___|___| År Måndad Dag
Sjukhus/klinik	
Läkare ansvarig för uppgifter i formuläret	Namn
Inrapportör	Rapporteringsdatum

Uretär

Behandlingsuppgifter

Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska

☐ Nej ☐ Ja

Uretärcancer upptäckt vid cystektomi?

☐ Nej ☐ Ja (Om ja behöver ej resten av formuläret fyllas i)

Diskuterad på multidisciplinär konferens

☐ Nej ☐ Ja, datum behandlingsbeslut \|__\|__\|__\|__\|__\|__\|
År Mån Dag

Deltar i klinisk studie

☐ Nej ☐ Ja

Datum för behandlingsbeslut

\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|
År Mån Dag

p-TNM-stadium

Har pTNM-stadium förändrats jämfört med cTNM-stadium (anmälan)?

☐ Nej ☐ Ja (fylls i nedan)

T-stadium

☐ Ta (icke invasiv papillärcancer)
☐ Tis (cancer in situ)
☐ T1 (tumören infiltrerar lamina propria)
☐ T2 (tumören infiltrerar njurbäckenets muskellager)
☐ T3 (tumören infiltrerar i omgivande fett eller in i njurparenkymet)
☐ T4 (tumören infiltrerar närliggande organ eller genom njuren ut i omgivande fett)

N-stadium

☐ N0 (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte påvisas)
☐ N1 (metastas i en lymfkörtel 2 cm eller < 2 cm)
☐ N2 (metastas i en lymfkörtel > 2 cm eller multipla lymfkörtlar)
☐ NX (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte fastställas)

M-stadium

☐ M0 (fjärrmetastas kan inte påvisas)
☐ M1 (fjärrmetastas kan påvisas)

Har grad (WHO 1999) förändrats?

☐ Nej ☐ Ja

Grad (WHO 1999, se baksida)

☐ G0 (Ingen tumör)
☐ LMP (Tumör med låg malignitetspotential)
☐ G1 (Högt differentierad)
☐ G2 (Medelhögt differentierad)
☐ G3 (Lågt differentierad eller odifferentierad)
☐ GX (Differentieringsgrad kan ej bedömas)

Primärbehandling

Onkologisk remiss skickad?

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__| ☐ Sjukhus/klinik?.....
År Mån Dag

Kryssa i ytterligare behandling nedan

☐ Nefroureterektomi Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Medtagande blåscuff: Ja ☐ Nej ☐

☐ Uretärektomi/lokal resektion Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Transuretralt med hjälp av laser ☐
Medtagande blåscuff: Ja ☐ Nej ☐

☐ Endoluminal instillation Datum: _____ BCG ☐
Metod: Nefrostomi ☐ Dubbel-J ☐ Uretärkateter ☐

Cytostatika ☐

Kurativ behandling? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej

Nationellt kvalitetsregister urinblåsa och urinvägar

Behandlingsformulär *Fylls i efter avslutad primärbehandling oavsett tidsintervall*	Personnummer |___|___|___|___|___|___|___|___| – |___|___|___|___| År Måndad Dag
Sjukhus/klinik	
Läkare ansvarig för uppgifter i formuläret	Namn
Inrapportör	Rapporteringsdatum

Uretra

Behandlingsuppgifter

Patienten har namngiven kontaktsjuksköterska

☐ Nej ☐ Ja

Uretracancer upptäckt vid cystektomi?

☐ Nej ☐ Ja (Om ja behöver ej resten av formuläret fyllas i)

Diskuterad på multidisciplinär konferens

☐ Nej ☐ Ja, datum behandlingsbeslut |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Deltar i klinisk studie

☐ Nej ☐ Ja

Datum för behandlingsbeslut

|__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

p-TNM-stadium

Har pTNM-stadium förändrats jämfört med cTNM-stadium (anmälan)?

☐ Nej ☐ Ja (fylls i nedan)

T-stadium

☐ T0 (primärtumör ej påvisad)
☐ Ta (icke invasiv papillärcancer
☐ Tis (cancer in situ)
☐ T1 (tumören infiltrerar lamina propria)
☐ T2 (tumören infiltrerar njurbäckenets muskellager)
☐ T3 (tumören infiltrerar i omgivande fett eller in i njurparenkymet)
☐ T4 (tumören infiltrerar närliggande organ eller genom njuren ut i omgivande fett)

N-stadium

☐ N0 (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte påvisas)
☐ N1 (metastas i en lymfkörtel 2 cm eller < 2 cm)
☐ N2 (metastas i en lymfkörtel > 2 cm eller multipla lymfkörtlar)
☐ NX (regionala lymfkörtelmetastaser kan inte fastställas)

M-stadium

☐ M0 (fjärrmetastas kan inte påvisas)
☐ M1 (fjärrmetastas kan påvisas)

Har grad (WHO 1999) förändrats?

☐ Nej ☐ Ja

Grad (WHO 1999, se baksida)

☐ G0 (Ingen tumör)
☐ LMP (Tumör med låg malignitetspotential)
☐ G1 (Högt differentierad)
☐ G2 (Medelhögt differentierad)
☐ G3 (Lågt differentierad eller odifferentierad)
☐ GX (Differentieringsgrad kan ej bedömas)

Primärbehandling

Intravesikal behandling

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Typ av intravesikal behandling

☐ BCG ☐ Cytostatika - flergångsinstillation

Onkologisk remiss skickad?

☐ Nej ☐ Ja, datum |__|__|__|__|__|__|__|__| ☐ Sjukhus/klinik?.....
År Mån Dag

Ytterligare behandling

Kryssa i ytterligare behandling nedan

☐ Uretrektomi/lokal resektion Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐
Transuretralt med hjälp av laser ☐

☐ Endoluminal kirurgi Datum: _____ Resektion av lesion ☐ Koagulation av lesion ☐

☐ Endoluminal instillation Datum: _____ BCG ☐ Cytostatika ☐

☐ Cysto(prostato)uretrektomi Datum: _____ Typ: Öppen operation ☐ Robot ☐ Laparoskopi ☐

Körtelutrymning: ☐ Nej ☐ Ja

Kurativ behandling? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej