Nationellt kvalitetsregister urinblåsa och urinvägar

5-årsuppföljning *Urinblåsecancer*	Personnummer |___|___|___|___|___|___|___|___| – |___|___|___|___| År Måndad Dag
Sjukhus/klinik	
Ansvarig läkare	Namn
Inrapportör	Rapporteringsdatum

Uppföljning utförd?

☐ Nej ☐ Ja

Om ingen uppföljning är utförd på patienten, ange anledning:

☐ Avflyttad/remitterad före planerad kontroll, om ja ange sjukhus/klinik ……
☐ Död före planerad kontroll
☐ Endast palliativ behandling
☐ Patientens val

Cystektomi utförd primärt

☐ Nej ☐ Ja

Om uppföljning saknas eller cystektomi är utförd är blanketten färdigifylld och kan sändas in till RCC

Datum för senaste undersökning |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Recidiv

☐ Nej ☐ Ja, datum för första recidiv |__|__|__|__|__|__|
År Mån Dag

Om ja recidiv, PAD-verifierat?

☐ Nej ☐ Ja

Progress

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

Om ja progress, PAD-verifierat?

☐ Nej ☐ Ja