MANUAL FÖR

NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR

SEMINOM

SEMINOMATÖS GERMINALCELLSCANCER, TESTIKULÄR OCH EXTRAGONADAL RETROPERITONEAL OCH MEDIASTINAL CANCER

Registrering, Behandling och Uppföljning

Gäller från januari 2012

2013-01-23

Omfattar registerversion/-er	Variabelbeskrivnings-version	Datum
Register version 1.0.0	v1.0.0 / OC-Stockholm	2013-01-23
Förtydligande av kolumninnehåll		
Innehåll	Beskrivning av variabelns innehåll, motsvarar fältetikett på blanketten.	
Variabelbeskrivning/Kodning/Värden/Regler	Beskrivning av Variabler/Kodlistor/Värden/Regler	

Nationella Seminomregistret

Bakgrund

Patienter med testikulärt seminom behandlas enligt nationella behandlingsprotokoll sedan år 2000 inom ramen för SWENOTECA. Från och med 2009 registreras alla data i det webbaserade systemet INCA.

Fr o m 2012-01-01 behandlas även extragonadala retroperitoneala och mediastinala seminom enligt nationella behandlingsprotokoll och registreras i det webbaserade systemet INCA.

Kontroll mot cancerregistret, täckningsgrad

Täckningsgraden definieras som andelen fall i cancerregistret selekterade enligt nedanstående inklusionskriterier, som också finns i kvalitetsregistret. Täckningsgraden delas upp efter diagnosår i regionala cancerregistret.

Inklusionskriterier

ICD-O/3 och SNOMED/3-koder

Nationella seminomregistret omfattar alla patienter med nydiagnostiserad testikelcancer från 2000-04-01 och fr om 2012-01-01 även extragonadala retroperitoneala och mediastinala seminom.

ICDO-O/3: C62, C48.0 och **C38.3.**

SNOMED/3: 90613

Definition av testikulär primärtumör (ICD C 62):

- Primärtumör belägen i testis.
- Tumör i retroperitoneala lymfkörtlar och patologiskt fynd vid ultraljudsundersökning av testis som leder till orchiektomi och den histopatologiska undersökningen visar ärr (fibrotiskt område) i testikeln s k ”utbränd” tumör.

Om dessa kriterier inte är uppfyllda räknas tumören som extragonadal retroperitoneal (ICD C 48.0) eller mediastinal seminomatös cancer (ICD C 38.3) med samma snomed/3 som ovan. Dessa registreras på separat blankett.

Histopatologi

Endast snomed/3-kod 90613 skall ingå i kvalitetsregistret för seminom.

Kön/Ålder

Män ≥ 16 år

Special fall

Patient som saknar svenskt personnummer kan för närvarande inte registreras i INCA men data på pappersblanketter sparas för senare registrering.

Patient som tillfälligt utvandrat men har svenskt personnummer och som utretts och behandlats för sin testikelcancer i Sverige skall också ingå i kvalitetsregistret.

Exklusionskriterier

- Diagnos vid obduktion.
- Patienter som behandlats utomlands och kommer till Sverige under uppföljningsperioden.

Anvisningar för koppling i Seminom i INCA

Anvisningar för koppling

1. **Formulär anmälan = registreringsblankett** kopplas till motsvarande *cancerregisterpost*. En patient kan ha två anmälningar i kvalitetsregistret bilateral testikelcancer). Anmälningar kopplas till respektive tumör i cancerregistret.
2. **Formulär Kemoterapi** kopplas till *anmälan*. Varje ny kemoterapi registreras på ny blankett och kopplas till *anmälan* och skapar ny registerpost.
3. **Formulär Radioterapi** kopplas till *anmälan.* Varje ny radioterapi registreras på ny blankett och kopplas till *anmälan* och skapar ny registerpost.
4. **Formulär Kirurgi** kopplas till *anmälan*. Varje ny kirurgi registreras på ny blankett och kopplas till *anmälan* och skapar ny registerpost.
5. **Formulär Uppföljning** kopplas till *anmälan.* Varje ny uppföljningsblankett kopplas till anmälan och skapar ny registerpost.
6. **Formulär Högdosterapi** kopplas till anmälan och tillhör samma tabell, dvs samma registerpost som anmälan. Denna blankett är preliminär. Den kommer att göras om.

Övriga anvisningar

7. **Diagnosdatum** Principiellt är datum för diagnos = diagnos för orchiektomi.

   Undantag: om patienten har mycket utbredd sjukdom startas ibland behandling direkt, före orchiektomi. Orchiektomi sker då vanligen efter ett par cytostatikabehandlingar. Hos dessa patienter kan orchiektomi vara markerat med ”nej” eller ”ja” men datum för orchiektomi är senare än datum för definitiv stadieindelning. För dessa patienter gäller: diagnosdatum = datum för definitiv stadieindelning. Räknas ut automatiskt mellan orchiektomidatum och datum för definitiv klinisk stadieindelning. Diagnosdatum enligt ovanstående princip anges automatiskt i INCA-systemet.

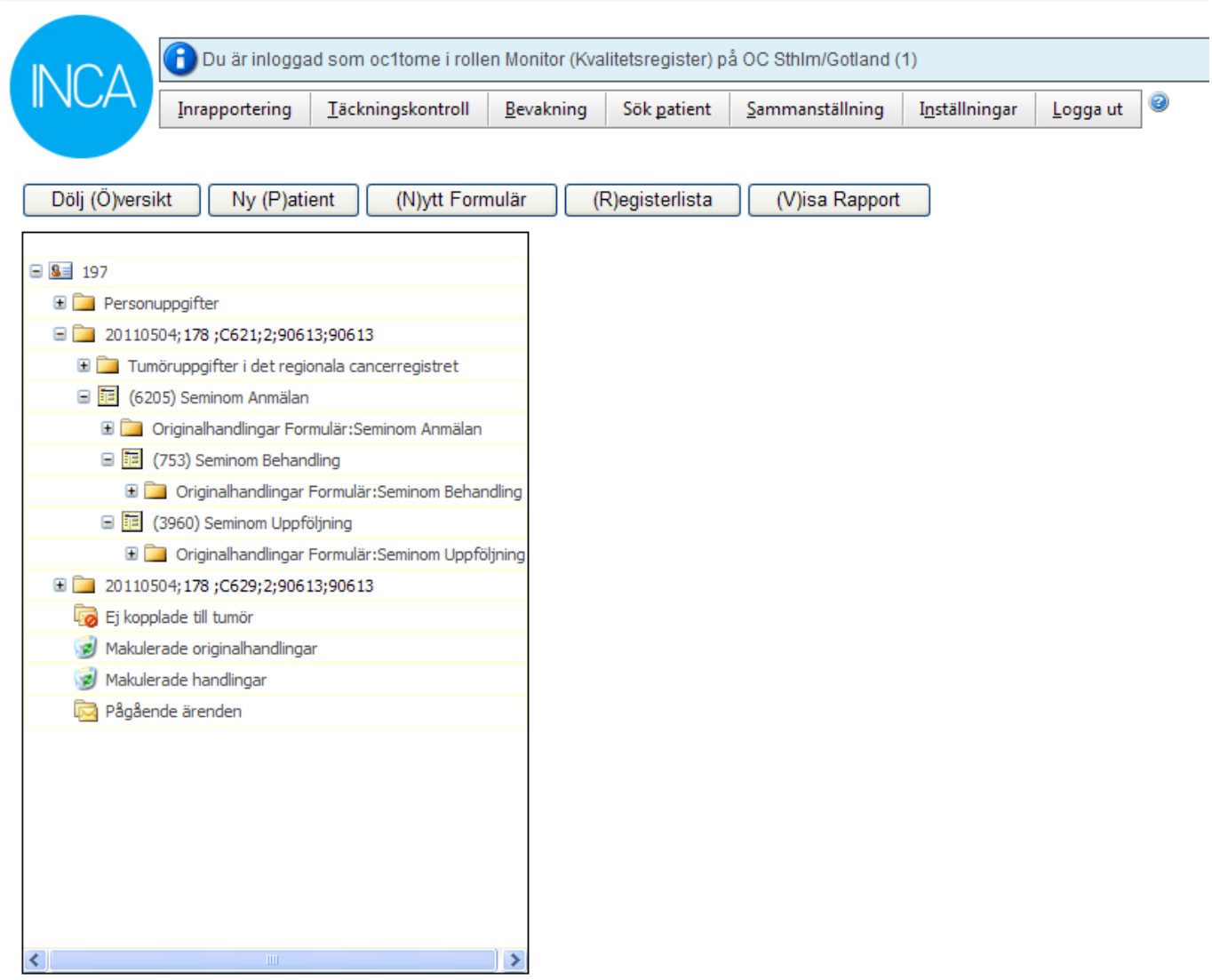
   Om information om diagnosdatum redan finns i Cancerregistret (dvs om patienten anmälts från annan instans) kvarstår detta datum som diagnosdatum i Cancerregistret.

8. **Bilateral testikelcancer**. Vid bilaterala synkrona(samtidiga = ca en månad mellan diagnosdatum) seminom i höger och i vänster testikel kommer två pappersblanketter för registrering att skickas in. Dessa två blanketter registreras i Cancerregistret som två olika tumörer och det blir två olika anmälningar i registret.
   Om cancer i ena testikeln och senare ny tumör i andra testikeln (metakron tumör) registreras denna som ny tumör och all fortsatt behandling och uppföljning kopplas till den senaste tumören.

Om ena tumören är ett non-seminom och andra ett seminom vid bilateral synkron tumör så registreras primärtumördata för seminom i seminomregistret men komplett registrering görs i non-seminomregistret. Patienten behandlas och följes som non-seminom

9. Patient som tillfälligt utvandrat men har svenskt personnummer och som utretts och behandlats för sin testikelcancer skall också ingå i kvalitetsregistret och läggs som okopplad.

10.



Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Registreringsblankett	
PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer T.ex. 19XXXXXXXXX
Efternamn, Förnamn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	M = Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Hemort vid diagnos	LKF-kod, för län, kommun och församling, **endast för monitor.** Hämtas automatiskt från befolkningsregister men kan vid behov ändras.
Ålder vid diagnos	Beräknas automatiskt från vårdprogramsdiagnosdatum (A diadat). **Synlig endast för monitor**
Diagnosdatum **Räknas ut automatiskt Mellan ”orchiektomidatum” samt ”definitiv klinisk stadieindelning”**	Principiellt är datum för diagnos = datum för orchiektomi Undantag: Om patienter har mycket utbredd sjukdom startas ibland behandling direkt, före orchiektomi. Orchiektomi sker då vanligen efter ett par cytostatikabehandlingar. Hos dessa patienter kan orchiektomi vara markerat med ”nej” eller ”ja” men datum för orchiektomi är senare än datum för definitiv stadieindelning. För sådana patienter gäller: Diagnosdatum • Datum för definitiv stadieindelning **Synlig endast för monitor. Värdet läggs automatiskt via javascript. Monitor kan ändra om det behövs.**
Komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera i kryssruta om inrapportering avser komplettering eller rättning av enstaka uppgifter. **Obs!** Används denna kryssruta deaktiveras alla spärrar och kontroller och gör det möjligt att bara fylla i enstaka uppgifter.
Inrapportör	Inrapportörens namn hämtas automatiskt från INCA:s inloggnings- uppgifter.
Initierat av	Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter. Namn på den person som skapat formuläret.
Inrapporterande enhet	Regionalt Onkologiskt Centrum, Sjukhus och Klinik. Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter.
Rapporteringsdatum	Datum då inrapportering görs. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt, denna uppgift går att ändra.
Anmälande Läkare *Obligatorisk*	Namn på läkaren som ansvarar för canceranmälan. Anges i klartext.

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Inrapporterande sjukhuskod	Sjukhuskoder för anmälande sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Inrapporterande klinikkod	Klinikkoder för anmälande klinik enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor**. Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering görs. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt, denna uppgift går att ändra. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Tidigare cancer i andra testikeln *(kan hämtas från Cancerregistret)*	Om tidigare cancer i andra testikeln ange: **Seminom**,(patienten har tidigare haft seminom i andra testikeln). **Non-seminom**, **(**patienten har tidigare haft non-seminom i andra testikeln.)
Datum *Obligatorisk om tidigare cancer i andra testikeln (kan hämtas från Cancerregistret)*	Ange år. Hela datum kan anges i fall det är känt. Det finns ingen kontroll på format. Rekommenderas att anges som åååå-mm-dd.
PRIMÄRTUMÖRDATA	
Orchiektomi *Obligatorisk*	Orchiektomi utförd. Ett av följande två alternativ anges; **Nej / Ja**
Datum *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja*	Ange datum för när orchiektomi gjorts. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Orchiektomisida *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Höger / Vänster / Bilateralt (synkron tumör)**
Om bilat: Seminom i båda testiklarna *Obligatorisk om sida för orchiektomi = bilat.*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Ja** = seminom i båda testiklarna. **Nej** = non-seminom i ena testikeln och seminom i andra testikeln. **En blankett för varje tumör.**
Diagnosdatum	Fylls i automatiskt men kan ändras av monitor.
Ålder vid diagnos	Fylls i automatiskt men kan ändras av monitor.
Klinik/Sjukhus/ *Obligatorisk = endast sjukhus (Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja)*	Ange det sjukhus där orchiektomi utförts. Klartext
Patologavd *Obligatorisk*	Ange patologavdelning som utfört analysen. Klartext.
Sjukhuskod	Sjukhuskod enligt kodförteckning för varje region

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Obligatorisk *Kodas av monitor*	**Visas endast i monitors formulär.**
Patologikod *Obligatorisk* *Kodas av monitor*	Klinikkod för anmälande patologiavdelning enligt kodförteckning för varje region. **Visas endast i monitors formulär.**
Preparatnummer och år *Obligatorisk*	Ange PAD/cyt-nummer och år för det preparat som verifierar diagnosen och som ligger till grund för canceranmälan Ange även år: **åå eller åååå**
Inväxt i rete testis *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja*	Inväxt i rete testis. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja / Oklart**
Vaskulär invasion *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja*	Vaskulär invasion: inväxt av tumörceller i lymf- eller blodkärl Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja / Oklart**
Tumörstorlek *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja och om inte utbränd tumör =ja*	Tumörens storlek anges som **heltal** i **mm * mm** (Om endast ett mått på tumörstorlek är angivet används samma mått två gånger)
"Utbränd tumör" *Obligatorisk om "Orchiektomi" = Ja och om ingen tumörstorlek är angiven*	Utbränd tumör. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Kontralateral testbiopsi *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Cis / Ej Cis / Ej utfört**
Lämnat spermaprov *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja / Vet ej / Vill ej**
Spermaprov utfört före eller efter orchiektomi. *Obligatoriskt om spermaprov = ja.*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Före orchiektomi / Efter orchiektomi**
TUMÖRMARKÖRER/UTREDNING	
Före orchiektomi Om decimaler på labvärden saknas anges 0	
Datum för analys *Obligatorisk om värde på någon markör är angiven*	Ange datum för när analysen utförts. **ååmmdd eller ååååmmdd**
AFP-värde *Obligatorisk om värdet = "normalt för pat"*	AFP-värde *före* orchiektomi, anges med en decimal.
AFP-nivå *Obligatorisk*	AFP-nivå *före* orchiektomi. Ett av nedanstående två alternativ anges; **Normalt för pat/ Ej utfört**
β-HCG-värde *Obligatorisk om β-HCG-nivå=normalt/förhöjt*	β-HCG -värde *före* orchiektomi, anges med en decimal.

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
β-HCG-nivå *Obligatorisk*	β-HCG -nivå *före* orchiektomi. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
LD-värde *Obligatorisk om* LD-*nivå=normalt/förhöjt*	LD-värde *före* orchiektomi, anges med en decimal.
LD-nivå *Obligatorisk*	LD-nivå *före* orchiektomi. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
PLAP-värde *Ej obligatorisk*	PLAP-värde *före* orchiektomi, anges med en decimal.
PLAP-nivå *Ej Obligatorisk*	PLAP-nivå *före* orchiektomi. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
Hormonstatus Om hela rutan är överstruken, sätt ”ej utfört” på alla alternativen	
Datum för analys *Obligatorisk om värde på testosteron är angivet.*	Ange datum när analysen utförts. Om datum saknas men hormonnivåer är angivna använd datum före orchiektomi som datum för hormonanalys. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Testosteron-värde (mmol/l) *Obligatorisk om ”datum vid hormonstatus är ifyllt och om ”Testosteron-nivå” = Normalt / Förhöjt / Lågt*	Testosteron –värde vid hormonanalys, anges i mmol/l. Om decimal saknas anges 0.
Testosteron-nivå	Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
SHBG-nivå	Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
LH-nivå	Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
FSH-nivå	Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
METASTASER Om inrapportör anger **en** metastaslokal och inte markerar några andra, förutsätts ”nej” på alla övriga.	
Lymfkörtelmetastaser (Om endast ett mått på största metastasen är angivet används samma mått två gånger)	
Inguinalt *Obligatorisk*	Lymfkörtelmetastaser inguinalt. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Största metastas mm*mm *Obligatorisk om ”Inguinalt” = Ja*	Största metastas inguinalt vid registrering angivet i mm.
Iliakalt *Obligatorisk*	Lymfkörtelmetastaser iliakalt. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Största metastas mm*mm *Obligatorisk om ”Iliakalt” = Ja*	Största metastas iliakalt vid registrering angivet i mm.
Paraaortalt *Obligatorisk*	Lymfkörtelmetastaser paraaortalt. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Största metastas mm*mm *Obligatorisk om ”Paraaortalt” = Ja*	Största metastas paraaortalt vid registrering angivet i mm.
Mediastinalt *Obligatorisk*	Lymfkörtelmetastaser mediastinalt. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Största metastas mm*mm *Obligatorisk om ”Mediastinalt” = Ja*	Största metastas mediastinalt vid registrering angivet i mm.
Supraklav *Obligatorisk*	Lymfkörtelmetastaser supraklav. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Största metastas mm*mm *Obligatorisk om ”Supraklav” = Ja*	Största metastas supraklav vid registrering angivet i mm.
Extralymfatiska metastaser Om inrapportör anger **en** metastaslokal och inte markerar några andra förutsätts ”nej” på alla övriga.	
Lunga *Obligatorisk*	Extralymfatiska metastaser i lunga. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Hjärna *Obligatorisk*	Extralymfatiska metastaser i hjärna. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Lever *Obligatorisk*	Extralymfatiska metastaser i lever. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Skelett *Obligatorisk*	Extralymfatiska metastaser i skelett. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Annan lokal *Obligatorisk*	Extralymfatiska metastaser annan lokal. Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Spec. av lokal(-er) *Obligatorisk om ”Annan lokal”=Ja*	Ange specifikation av lokal där extralymfatiska metastaser hittats.
DEFINITIV KLINISK STADIEINDELNING (Ett av CS alternativen måste anges)	
Datum *Obligatorisk*	Ange datum för när analysen utförts. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Kliniskt stadium	Ett av nedanstående alternativ anges; **CS I** **CSMk+** **CS II**

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Obligatorisk	**CS III** **CS IV**
Abdominella lymfkörtlar *Obligatorisk om kliniskt stadium **inte** = CS I*	Ett av nedanstående alternativ anges; **0** **A,** maximal diameter <2 cm **B,** maximal diameter 2-5 cm **C,** maximal diameter >5-10 cm **D,** maximal diameter >10 cm
Prognos enl IGCCC *Obligatorisk om kliniskt stadium **inte** = CS I*	Ett av nedanstående alternativ anges; **God**, **Intermediär**
Antal riskfaktorer *Obligatorisk om kliniskt stadium = CS I*	Primärtumör >4 cm, inväxt i rete testis. Ett av nedanstående alternativ anges; **0 / 1 / 2**
Tumörmarkörer (vid definitiv stadieindelning) (om decimal saknas – lägg till en nolla)	
AFP-värde *Obligatoriskt om "AFP nivå"=Normalt för patienten*	AFP-värde, anges med en decimal
AFP-nivå *Obligatorisk*	AFP-nivå vid definitiv stadieindelning. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Ej utfört**
β-HCG-värde *Obligatoriskt om" β-HCG-nivå" = Normalt eller Förhöjt*	β-HCG-värde, anges med en decimal.
β-HCG-nivå *Obligatorisk*	β-HCG -nivå vid definitiv stadieindelning. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
LD-värde *Obligatoriskt om LD-nivå = normalt eller förhöjt*	LD-värde, anges med en decimal.
LD-nivå *Obligatorisk*	LD-nivå vid definitiv stadieindelning Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
PLAP-värde *Ej obligatorisk*	PLAP-värde vid definitiv stadieindelning, anges med en decimal
PLAP-nivå *Obligatorisk endast om PLAP-värde angivits*	PLAP-nivå vid definitiv stadieindelning. Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
Behandling	
Patient remitterad till Klinik/sjukhus	Fylls i då patienten är vidareremitterad för behandling till ett annat sjukhus och klinik.
Sjukhuskod *Obligatorisk* *Kodas av monitor*	Sjukhuskod enligt kodförteckning för varje region **Visas endast i monitors formulär.**
Patologikod *Obligatorisk* *Kodas av monitor*	Klinikkod för anmälande patologiavdelning enligt kodförteckning för varje region. **Visas endast i monitors formulär.**
CS I *Obligatorisk om kliniskt stadium = CS I*	Då inga tecken på metastaser finns, anges ett av nedantående alternativ; **Ingen adjuvant behandling** **Karboplatin** **Strålbehandling** **annan, spec.**
Spec. av annan behandling *Obligatorisk om "annan" behandling angivits*	Spec. av annan behandling. Anges i fri text.
CS Mk+ II – IV *Obligatorisk om definitiv kliniskt stadium=CSMk+, II, III, IV*	Ett av nedanstående alternativ anges; **BEP** **EP** **Strålbehandling** **Annan, spec**
Spec. av annan behandling *Obligatorisk om "annan" behandling angivits*	Spec. av annan behandling. Anges i fri text.
Kompletterande uppgifter för att gälla som canceranmälan	
Snomed-Kod *Obligatorisk för att gälla som canceranmälan*	För seminom gäller endast 90613 som giltig mikroskopisk diagnos
Diagnosgrund baserad på (flera alternativ kan ifyllas) *Obligatorisk för att gälla som canceranmälan*	Flera alternativ kan ifyllas **Provexcision eller operation med histopatologisk undersökning** **Cytologisk undersökning** **Annan laboratorieundersökning (tumörmarkörer)** **Monitor:** Monitor väljer sedan den mest pålitliga undersökningen av de alternativ som ifyllts.
TNM T-primärtumör	Ett av nedanstående alternativ kan ifyllas; **pTX /pT0/pTis /pT1/pT2/pT3/pT4**
N-regionala lymfkörtelmetastaser	Ett av nedanstående alternativ kan ifyllas; **NX/N0/N1/N2/N3**

Innehåll	Beskrivning/Definition, Kodning/Värden, Regler
M-fjärrmetastaser	Ett av nedanstående alternativ kan ifyllas; **M0/M1/M1a/M1b**

Behandlingsblankett - Kemoterapi

Innehåll	Kodning/värden, Regler
PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer T.ex. 19XXXXXXXXX
Efternamn, Förnamn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	M = Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
INRAPPORTERANDE ENHET	
Komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera i kryssruta om inrapportering avser komplettering eller rättning av enstaka uppgifter. **Obs!** Används denna kryssruta deaktiveras alla spärrar och kontroller och gör det möjligt att bara fylla i enstaka uppgifter.
Initierat av	Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter. Namn på den person som skapat formuläret.
Inrapporterande enhet	Regionalt Onkologiskt Centrum, Sjukhus och Klinik. Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Sjukhuskoder för anmälande sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Rapporterande klinik	Klinikkoder för anmälande klinik enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Anmälande inrapportör	Inrapportörens namn hämtas automatiskt från INCA:s inloggnings-uppgifter.
Anmälande Läkare *Obligatorisk*	Namn på läkaren som ansvarar för canceranmälan. Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering görs. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt, denna uppgift går att ändra. **ååmmdd eller ååååmmdd**

Innehåll	Kodning/värden, Regler
BEHANDLING (En blankett vid varje ny typ av cytostatikabehandling)	
Orsak till behandling *Obligatorisk*	Här anges orsak till behandling. Ett av nedanstående alternativ anges; **Adjuvant** **Primärbehandling av metastatisk sjukdom** **Bristande effekt av föregående behandling** **Biverkningar av föregående behandling** **Vital cancer vid kirurgi postkemoterapi** **Recidiv** **Annan orsak, spec**
Spec. av annat *Obligatorisk om ”Annan orsak ” har angivits*	Specifikation av annan typ av behandling. Anges i klartext.
Start av behandling *Obligatorisk*	Datum då behandlingen har startas. **ååmmdd eller ååååmmdd** **UNIK per patient i kombination med typ av kirurgi (två operationer kan förekomma samma dag). INCA varnar för dubbletter**
Avslutad behandling *Obligatorisk*	Datum då behandlingen har avslutats. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Antal cykler *Obligatorisk*	Antalet cykler, anges i heltal
Regim	
Cytostatikaregim som använts vid behandlingen *Obligatorisk att ange ett alternativ*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Karboplatin** **BEP** **EP** **BEP-if/PEI** **TIP** **Annan, spec**
Spec. av annat *Obligatorisk om ”Annat” har valts under ”Regim”*	Specifikation av Annat anges här i klartext.
Orsak till avslutad behandling	
Orsak till avslutad behandling *Obligatorisk att ange ett alternativ*	Ange orsak till varför behandlingen avslutats. Ett av nedanstående alternativ anges; **Enligt program** **Bristande effekt** **Biverkningar** **Annan, spec**
Spec. av annan *Obligatorisk* om ”Annan” har valts under ”Orsak till avslutad behandling**”**	Specifikation av annan. Anges i fritext.
Toxitet Grad 3-4	
Hematol.	

Hb *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Innehåll	**Kodning/värden, Regler**
Vita *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Trombocyter *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Renal	
S-kreat *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Perifer neuropati *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Obstipation *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Infektion *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Annan allvarlig toxicitet *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Spec. av annan *Obligatorisk* om ”Annan” = Ja	Spec av annan anges här i klartext.
Effekt av behandling. Anges ej om orsak till behandling = adjuvant CS I	
Datum *Obligatorisk*	Ange datum för effekt av behandling. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Behandlingseffekt grundad på CT/MR och markörer *Obligatoriskt om orsak till behandling **inte** = adjuvant CS I*	Ett av nedanstående alternativ anges; **CR** **PR** **SD** **PD** **Ej bedömbart**
FORTSATT BEHANDLING	
Fortsatt behandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Ingen ytterligare behandling** **Byte av kemoterapi** **Kirurgi** **Högdoskemoterapi med rescue** **Strålbehandling** **Annan behandling, spec.**
Spec. av annan behandling 	Vid val av Annan behandling under ”Fortsatt behandling” måste en specificering av denna anges här i klartext.

Obligatorisk om ”Annan behandling” har valts som fortsatt behandling	

Behandlingsblankett - Kirurgi

Innehåll	Kodning/värden, Regler
PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer T.ex. 19XXXXXXXXX
Efternamn, Förnamn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	M = Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Inrapporterande enhet	
Komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera i kryssruta om inrapportering avser komplettering eller rättning av enstaka uppgifter. **Obs!** Används denna kryssruta deaktiveras alla spärrar och kontroller och gör det möjligt att bara fylla i enstaka uppgifter.
Initierat av	Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter. Namn på den person som skapat formuläret.
Inrapporterande enhet	Regionalt Onkologiskt Centrum, Sjukhus och Klinik. Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Sjukhuskoder för anmälande sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region. **Synlig endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Rapporterande klinik	Klinikkoder för anmälande klinik enligt kodförteckning för varje region. **Synlig endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Anmälande inrapportör	Inrapportörens namn hämtas automatiskt från INCA:s inloggnings- uppgifter.
Anmälande Läkare *Obligatorisk*	Namn på läkaren som ansvarar för canceranmälan.
Kirurgi	
Kirurgidatum *Obligatorisk*	Datum för kirurgi **ååmmdd eller ååååmmdd** **UNIK per patient i kombination med typ av kirurgi (två operationer kan förekomma samma dag). INCA varnar för dubbletter.**
Sjukhus där kirurgin utfördes	Anges i klartext
Sjukhuskod	Sjukhuskoder för sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region.

	Synlig endast för monitor.
Innehåll	**Kodning/värden, Regler**
Orsak till kirurgi *Obligatoriskt att ange ett alternativ*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Postkemoterapi, som led i primärbehandling** **Recidiv** **Annan**
Spec. av annan orsak till kirurgi *Obligatorisk om annan orsak till kirurgi angivits*	Specificering anges i klartext.
Tumörstatus vid kirurgi	
Markörer (β-HCG) *Obligatoriskt att ange ett alternativ*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Normalt / Förhöjt / Ej utfört**
Tumörstatus *Obligatorisk om datum för kirurgi har angivits*	Minst ett av nedanstående alternativ anges; **Resttumör i buk** **Resttumör i lunga** **Resttumör på annan lokal, spec** **Annan tumör, spec**
Spec av resttumör på annan lokal *Obligatorisk om tumörstatus = resttumör på annan lokal*	Specificering av annan lokal. Anges i klartext.
Spec. av ”annan” resttumör *Obligatorisk om ”annan” resttumör angivits som tumörstatus vid kirurgi*	Specificering av annan resttumör. Anges i klartext.
Storlek av resttumör i buken *Obligatorisk om resttumör i buk angivits*	Ett av nedanstående alternativ anges; **<1 cm** **≥1 cm**
Typ av kirurgi	
Typ av kirurgi *Obligatorisk*	En blankett ifylles för varje kirurgiskt ingrepp (förutom orchiektomi). Ett av nedanstående alternativ anges; **Unilat RPLND** **Bilat RPLND** **Excision av resttumör i buk** **Excision av resttumör i lunga** **Excision av resttumör annan lokal** **Annan operation, spec**
Spec. av annan operation *Obligatorisk typ av kirurgi=Annan*	Specificering anges i klartext.
Operation makroskopiskt radikal *Obligatorisk att ange ett alteranativ*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja**
Patologavdelning *Obligatorisk*	Patologavdelning där analys utförts.

PAD nr / år *Obligatorisk*	Ange preparatnummer / år för det preparat som borttagits vid kirurgin.
Innehåll	**Kodning/värden, Regler**
PAD	
PAD visar *Obligatoriskt att ange ett alternativ*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nekros/fibros** **Teratom** **Vital cancer** **Normala lymfkörtlar** **Annan, spec**
Teratom / förekomst av omogna komponenter *Obligatoriskt om PAD = teratom*	Anges om PAD visar teratom. Ett av nedanstående alternativ anges; **Ja / Nej / Vet ej**
Spec av annat PAD *Obligatoriskt om PAD = annat*	Specificering av annat PAD. Anges i klartext.
Fria resektionsränder *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja / Ej bedömbart**
Kirurgisk livshotande komplikation	Ett av nedanstående alternativ anges; **Nej / Ja, spec**
Spec av kirurgisk livshotande komplikation *Obligatorisk om kirurgisk livshotande komplikation = ja*	Anges i klartext.
Fortsatt behandling	
Fortsatt behandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Ingen ytterligare behandling** **Kemoterapi** **Kirurgi** **Strålbehandling** **Högdoskemoterapi med rescue** **Annan, spec**
Spec av annan fortsatt behandling *Obligatorisk om fortsatt behandling = annan*	Spec av annan behandling. Anges i klartext.

Behandling- Radioterapi

(en blankett vid varje ny strålbehandlings omgång)

PERSONUPPGIFTER	
Innehåll	**Kodning/värden, Regler**
Personnummer	Personnummer T.ex. 19XXXXXXXXX
Efternamn, Förnamn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	M = Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Inrapporterande enhet	
Komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera i kryssrutan om inrapportering avser komplettering eller rättning av enstaka uppgifter. **Obs!** Används denna kryssruta deaktiveras alla spärrar och kontroller och gör det möjligt att bara fylla i enstaka uppgifter.
Initierat av	Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgiter. Namn på den person som skapat formuläret.
Inrapporterande enhet	Regionalt Onkologiskt Centrum, Sjukhus och klinik. Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgift.
Rapporterande sjukhus	Sjukhuskoder för anmälande sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Rapporterande klinik	Klinikkoder för anmälande klinik enligt kodförteckning för varje region. **Endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Anmälande inrapportör	Inrapportörens namn hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter.
Anmälande läkare	Namn på läkaren som ansvarar för canceranmälan. Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering görs. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt, denna uppgift går att ändra. **ååmmdd eller ååååmmdd**.

Innehåll	Kodning/värden, Regler
Behandling (en blankett vid varje ny strålbehandling)	
Orsak till strålbehandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Adjuvant (CS I)** **Primärbehandling av metastatisk sjukdom** **Konsoliderande behandling efter kemoterapi/kirurgi** **Biverkningar av föregående behandling** **Recidiv** **Annan orsak, spec.**
Spec, annan orsak *Obligatorisk om orsak till beh=annan*	Specificering av annan orsak. Anges i klartext.
Start av behandling *Obligatorisk*	Datum för start av behandling **ååmmdd eller ååååmmdd**. Unik per patient i kombination med lokal (strålbehandling kan starta mot olika lokaler samma dag). Det är nyckel i tabellen och INCA varnar för dubbletter.
Avslutad behandling *Obligatorisk*	Datum för avslutad behandling **ååmmdd eller ååååmmdd**.
Fraktionsdos (Gy) *Obligatorisk*	Anges med en decimal. Om ingen decimal angiven: sätt 0
Targetdos (Gy) *Obligatorisk*	Anges med en decimal. Om ingen decimal angiven: sätt 0
Strålbehandling, lokal	
Strålbehandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Paraortalt** **Paraortalt + iliakalt** **Abdomen** **Thorax** **CNS** **Annan lokal, spec**
Spec av ”annan lokal” *Obligatorisk om lokal=annan*	Spec av ”annan lokal” anges i klartext
Orsak till avslutad behandling	
Orsak till avslutad behandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Enligt program** **Bristande effekt** **Biverkningar** **Annan, spec**
Spec av annan orsak *Obligatorisk om orsak till avslutad behandling=annan*	Spec av annan orsak. Anges i klartext
Toxicitet	
Grad 3-4	Ett av nedanstående alternativ anges;

Obligatorisk	**Nej / Ja**
Innehåll	**Kodning/värden, Regler**
Spec av Grad 3-4 toxicitet *Obligatorisk om grad 3-4 tox=ja*	Om ja: Specifikation toxicitet anges i klartext
Effekt av behandling (anges ej om orsak till behandling=adjuvant CS I)	
Datum *Obligatorisk*	Datum för bedömning av effekt. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Effekt av behandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **CR** **PR** **SD** **PD** **Ej bedömbart**
Fortsatt behandling	
Fortsatt behandling *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ anges; **Ingen ytterligare behandling** **Kemoterapi** **Kirurgi** **Högdoskemoterapi med rescue** **Strålbehandling** **Annan behandling, spec**
Spec av annan behandling *Obligatorisk om fortsatt beh angivits som ”annan”*	Spec av annan behandling. Anges i klartext.

Uppföljningsblankett

PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer T.ex. 19XXXXXXXXX
Efternamn, Förnamn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	M = Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Hemort vid diagnos	LKF-kod. **Synlig endast för monitor.** Hämtas automatiskt från befolkningsregister men kan vid behov ändras.
Ålder vid diagnos	Beräknas automatiskt från vårdprogramsdiagnosdatum (Vdiadat). **Synlig endast för monitor**

Innehåll	Kodning/värden, Regler
INRAPPORTERANDE ENHET	
Komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera i kryssruta om inrapportering avser komplettering eller rättning av enstaka uppgifter. **Obs!** Används denna kryssruta deaktiveras alla spärrar och kontroller och gör det möjligt att bara fylla i enstaka uppgifter.
Initierat av	Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter. Namn på den person som skapat formuläret.
Inrapporterande enhet	Regionalt Onkologiskt Centrum, Sjukhus och Klinik. Hämtas automatiskt från INCA:s inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Sjukhuskoder för anmälande sjukvårdsinrättning enligt kodförteckning för varje region. **Synlig endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Rapporterande klinik	Klinikkoder för anmälande klinik enligt kodförteckning för varje region. **Synlig endast för monitor.** Beräknas automatiskt från inrapporterande enhets uppgifter.
Anmälande inrapportör	Inrapportörens namn hämtas automatiskt från INCA:s inloggnings-uppgifter.
Anmälande Läkare **Obligatorisk**	Namn på läkaren som ansvarar för canceranmälan. Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering görs. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt, denna uppgift går att ändra. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Besöksdatum **Obligatorisk**	Datum för då patienten besöker kliniken. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Status Bedömning av sjukdomsstatus vid kontrollbesöket *Obligatorisk*	Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Inga tecken på sjukdom** **Stabil eller minskande tumör** **Recidiv/progress av resttumör** **Kontralateral testikelcancer** **Annan cancer, spec**
Spec av annan cancer *Obligatorisk om status=annan cancer*	Specifikation av annan cancer. Anges i klartext.
Seneffekt av behandling registreras vid 1, 3 och 5 år efter avslutad behandling	
Retrograd ejakulation	Frågan avser om seneffekt av behandling = Retrograd ejakulation. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**

Innehåll	Kodning/värden, Regler
Minskad libido	Frågan avser om seneffekt av behandling = Minskad libido. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Impotens	Frågan avser om seneffekt av behandling = Impotens. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Annan	Frågan avser om seneffekt av behandling = Annan. Ett av följande två alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Specifikation av annan *Obligatorisk om seneffekt =annan*	Om Annan valts under Seneffekt av behandling skall detta specificeras här klartext
Testosteron-nivå	Testosteron-nivå vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
Testosteronvärde	Testosteronvärde vid uppföljning. Anges i klartext med en decimal. Om decimal saknas anges 0
SHBG-nivå	SHBG-nivå vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
LH-nivå	LH-nivå vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
FSH-nivå	FSH-nivå vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Normalt / Förhöjt / Lågt / Ej utfört**
Testosteronsubstitution	Testosteron substitution vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan anges; **Nej / Ja**
Fortsatt behandling (ny behandlingsblankett ifylles vid behov)	
Fortsatt behandling *Obligatorisk* (*Om inget alternativ anges och Status anger ”inga tecken på sjukdom / stabil eller minskande resttumör” förutsättes att detta alternativet gäller)*	Fortsatt behandling vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Ingen** (*Om inget alternativ anges och Status anger ”inga tecken på sjukdom / stabil eller minskande resttumör” förutsättes att detta alternativet gäller)* **Kemoterapi** **Kirurgi** **Strålbehandling** **Högdoskemoterapi med rescue** **Kontroller avslutas** **Annan behandling**

Innehåll	Kodning/värden, Regler
Spec. av annan *Obligatorisk om ”Annan behandling” har valts under ”Fortsatt behandling”*	Om Annan behandling angivits under Fortsatt behandling skall denna specificeras här i klartext.
RECIDIV Anges endast om Status=Recidiv/progress	
Datum för recidiv/progress *Obligatorisk om ”recidiv/progress” har valts under ”Status”*	Datum för recidiv/progress. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Progress av resttumör *Obligatorisk om ”recidiv/progress” har valts under ”Status”*	Progress av resttumör. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Lymfkörtelmetastaser (om endast ett mått på största metastasen har angivits använd samma mått två gånger)	
Inguinalt *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser inguinalt vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om ”Inguinalt” = Ja*	Storlek i mm för största metastas inguinalt vid uppföljning. Anges i **heltal**.
Iliakalt *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser iliakalt vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om ”Iliakalt” = Ja*	Storlek i mm för största metastas iliakalt vid uppföljning. Anges i **heltal**.
Paraortalt *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser paraortalt vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om ”Paraaortalt” = Ja*	Storlek i mm för största metastas paraortalt vid uppföljning. Anges i **heltal**.
Mediastinalt *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser mediastinalt vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om ”Mediastinalt” = Ja*	Storlek i mm för största metastas mediastinalt vid uppföljning. Anges i **heltal**.
Supraklav *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser supraklav vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om ”Supraklav” = Ja*	Storlek i mm för största metastas supraklav vid uppföljning. Anges i **heltal**.

Innehåll	Kodning/värden, Regler
Extralymfatiska metastaser (om endast ett mått på största metastasen har angivits använd samma mått två gånger)	
Lunga *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser i lunga vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Största metastas (mm * mm) *Obligatorisk om "Lunga" = Ja*	Storlek i mm för största metastas i lunga vid uppföljning. Anges i **heltal**.
Lever *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser i lever vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Hjärna *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser i hjärna vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Skelett *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Metastaser i skelett vid uppföljning. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja / Ej evaluerbart**
Annan lokal	Extralymfatisk metastas annan lokal. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Specificering av Annan lokal *Obligatorisk om Annan lokal =ja*	Specificering av Annan lokal i klartext.
Tumörmarkörer	
Markörer förhöjda *Obligatorisk om datum för recidiv/progress angivits*	Förhöjda tumörmarkörer. Ett av nedanstående alternativ kan anges; **Nej / Ja / Ej utfört**
Enbart förhöjda tumörmarkörer som tecken på recidiv/progress *Obligatorisk om markörer förhöjda = Ja*	Enbart förhöjda tumörmarkörer som tecken på recidiv/progress. Ett av följande två alternativ kan anges; **Nej / Ja**
Symtom eller undersökning(ar) som först signalerar recidiv/progress (flera alternativ kan anges)	
Symtom eller undersökning(ar) som först signalerar recidiv/progress *Obligatorisk om datum för recidiv/progress anges*	Minst ett av nedanstående alternativ anges; **Symtom** **CT/MR/UL** **Tumörmarkörer** **Annat, specificera**
Specifikation av annat *Obligatorisk om recidiv/progress signaleras först av "Annat".*	Om annat signalerar recidiv först ska detta specificeras här i klartext.

Recidiv histologiskt undersökt *Obligatoriskt om datum för recidiv/progress anges*	Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Dödsdatum	
Dödsdatum	Datum då dödsfallet inträffade. **ååmmdd eller ååååmmdd**
Dödsorsak *Obligatorisk om ”Dödsdatum” är ifyllt*	Ett av nedanstående alternativ kan anges; **Testikelcancer** **Annan cancer** **Behandlingskomplikation** **Annan orsak**
Spec. av behandlingskomplikation *Obligatorisk om dödsorsak =”Behandlingskomplikation*	Om Behandlingskomplikationer valts som dödsorsak ska dessa specificeras här i klartext.
Spec. av annan orsak *Obligatorisk om dödsorsak =”Annan orsak”*	Om Annan orsak valts som dödsorsak ska denna specificeras här i klartext.
Kvarvarande testikelcancer *Obligatorisk om dödsorsak = annan cancer/behandlingskomplikation/ annan orsak*	Anges inte om dödsorsak = testikelcancer. Ett av nedanstående alternativ kan anges; **Nej / Ja / Ej bedömbart**
Obduktion utförd *Obligatorisk om ”Dödsdatum” är ifyllt*	Obduktion utförd. Ett av nedanstående alternativ kan väljas; **Nej / Ja**
Ev. kommentar	Här kan eventuella kommentarer skrivas ner i klartext.

Support

Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum, Stockholm

Teamansvarig: Mona Ridderheim

Koordinator: Marie Abrahamsson

Statistiker: Soheila Hosseinnia

Registerkonstruktör: Valeriano Rodriguez Ruiz

Regional support

Regional support är avsett för dig som har frågor eller behöver hjälp med själva registreringen av testikelcancer.

SWENOTECA Seminom
Multiregional monitor: Marie Abrahamsson
marie.lindquist@sll.se
Tel: 08-517 756 43

SWENOTECA Non-seminom
Multiregional monitor: Monika Andersson
monika.u.andersson@skane.se
Tel: 046-17 75 58

Regional monitor

Norra regionen

Kerstin Rehn
kerstin rehn@oc.umu.se
Tel: 090-785 19 90

Uppsala/Örebroregionen

Lena Pettersson
lena.pettersson@akademiska.se
Tel: 018-15 19 13

Karin Hellström
karin.hellstrom@akademiska.se
Tel: 018-15 19 30

Stockholm-Gotland regionen

Marie Abrahamsson
marie.abrahamsson@sll.se
Tel: 08-517 729 80

Sydöstra regionen
Gabrielle Gran
gabrielle.gran@lio.se
Tel: 010-103 89 23

Västra regionen
Susanne Amsler Nordin
Susanne.nordin@oc.gu.se
Tel: 031-343 90 62

Södra regionen
Monika Andersson
monika.u.andersson@skane.se
Tel: 046-17 75 58

Ansvarig läkare i respektive region

Umeå

Namn	**Klinik**	**Sjukhus**	
Karin Söderström	Onk klin	Norrlands Universitetssjukhus	karin.soderstrom@onkologi.umu.se
Yousef Shaya	Urol klin	Norrlands Universitetssjukhus	yousef.shaya@vll.se

Uppsala/Örebro

Namn	**Klinik**	**Sjukhus**	
Anna Laurell	Onk klin	Akademiska sjukhuset, Uppsala	anna.laurell@akademiska.se
Johan Heinius	Urol klin	Akademiska sjukhuset, Uppsala	johan.heinius@akademiska.se

Stockholm/Gotland

Gabriella Cohn Cedermark	Onk klin	Karolinska Universitetssjukhuset	gabriella.cohn-cedermark@karolinska.se
Agneta Richard Holm	Onk klin	Södersjukhuset, Stockholm	agneta.richard-holm@karolinska.se
Anders Kjellman	Urol klin	Huddinge sjukhus	anders.kjellman@karolinska.se

Linköping

Namn	**Klinik**	**Sjukhus**	
Najme Wall	Onk klin	Universitetssjukhuset	najme.wall@lio.se
Anders Spångberg	Urol klin	Universitetssjukhuset	anders.spangberg@lio.se

Göteborg

Namn	**Klinik**	**Sjukhus**	
Ann-Marie Olvenmark Ekelund	Onk klin	Sahlgrenska sjukhuset	ann-marie.ekelund@vgregion.se
Ulrika Stierner	Onk klin	Sahlgrenska sjukhuset	ulrika.stierner@bredband.net
Göran Holmberg	Urol klin	Sahlgrenska sjukhuset	goran.c.holmberg@vgregion.se

Lund / Malmö

Namn	**Klinik**	**Sjukhus**	
Eva Cavallin-Ståhl	Onk klin	Skånes Universitetssjukhus, Lund	eva.cavallin-stahl@med.lu.se
Stefan Sköld	Onk klin	Skånes Universitetssjukhus, Lund	stefan.skold@skane.se
Ulf Håkansson	Urol klin	Skånes Universitetssjukhus, Malmö	ulf.k.hakansson@skane.se