SweLiv- Anm. Inkl. 1:a MDK - Benigna tillstånd

Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.	1b
Inrapporterande sjukhus/klinik	
Inrapporterande läkare	
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD) | 2 | 0 |___|___|___|___|___|___|	
Datum för ankomst av remiss (20ÅÅMMDD) | 2 | 0 |___|___|___|___|___|___|	*Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn*

VÅRDKONTAKT

Datum för välgrundad misstanke 2 | 0 |___|___|___|___|___|___|

Initiering av utredning (av aktuell tumör i lever/gallblåsa/gallvägar)

- ☐ Remiss
- ☐ Behandlad/kontrollerad på rapporterande enhet
- ☐ Sökt själv till rapporterande enhet

Datum remiss/patient (ankomst till rapporterande enhet) 2 | 0 |___|___|___|___|___|___|

Remitterande enhet (sjukhus och klinik eller annan enhet)

_____

DIAGNOS och ICD10-kod – BENIGNA TILLSTÅND

Ange en diagnos

- ☐ Leverabscess
- ☐ Adenomyomatos
- ☐ Benign tumör (annan)
- ☐ Levercirros
- ☐ Cysta (levercysta, enkel)
- ☐ Echinococcos lever
- ☐ Fibros i lever
- ☐ Fokal nodulär hyperplasi (FNH)
- ☐ Adenomatös Gallblåsepolyp
- ☐ Cystisk dilatation av gallgång (inkl Carolis sjukdom men ej choledochuscystor)
- ☐ Gallstenssjukdom
- ☐ Gallgångsstriktur
- ☐ Hamartom (leverhamartom eller biliära hamartom)
- ☐ Hemangiom i lever
- ☐ Hyperplastisk polyp, inflamatorisk
- ☐ IgG4 relaterad sjukdom (sek scleroserande cholangit, retroperitoneal fibros)
- ☐ Inflammatorisk pseudotumör i lever
- ☐ Intraepitelial neoplasi (BillN, lätt till måttlig dysplasi)
- ☐ Kolangit
- ☐ Kolecystit
- ☐ Koledochuscysta
- ☐ Kolesterolos (inkl kolesterolospolyp)
- ☐ Leverdonator
- ☐ Papillär neoplasi (Intraduktal papillär neoplasi, IPN & intraduktal mucinös och neoplasi i gallgång, IPMN-B)
- ☐ Peliosis hepatis (telangiektasier i lever)

☐ Polycystisk leversjukdom
☐ Porslinsgallblåsa
☐ Scleroserande kolangit primär
☐ Annan

Desmoid, fibromatosis
Gallgångsadenom (kolangiom) och Mucinös cystisk neoplasi (MCN)
Leveradenom
Benign neopasi gallblåsa (annan)

BESLUT

Behandlingskonferens
☐ Regional MDK
☐ Lokal MDK
☐ Transplantations-MDK
☐ Nationell MDK
☐ Beslut utan MDK

Datum för MDK, beslut eller re-staging 2 | 0 |__|__|__|__|__|__|

Finns beslut om rekommenderad behandling efter MDK
☐ Nej
☐ Ja

Orsak till MDK/beslut
☐ Bedömning nydebuterad förändring i lever/gallvägar
☐ Evaluering
☐ Återfall efter uppnådd tumörfrihet

Ange enhet för kommande behandling/uppföljning om annan än den egna (sjukhus/klinik)

_____

PLANERAT INGREPP/BEHANDLING

Planeras ingrepp/behandling av lever/gallblåsa/gallgång

☐ **Nej**

☐ **Ja, ange behandling nedan**

Resektionskirurgi
☐ Nej
☐ Ja

Ablativ behandling
☐ Nej
☐ Ja

Transplantation
☐ Nej
☐ Ja

Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar
☐ Nej
☐ Ja, primär tumör
☐ Ja, annan lokal

FUNKTIONSSTATUS

Funktionsstatus (performance enligt WHO), ange grad
☐ 0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning
☐ 1 = Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.
☐ 2 = Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50% av dygnets vakna timmar
☐ 3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar
☐ 4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.
☐ 5 = Död
☐ 6 = Ej känt

LABORATORIEVÄRDEN

α-fetoprotein _____ Ej känt

CA 19-9 _____ Ej känt

CEA _____ Ej känt

TUMÖRUTBREDNING

Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt 2 | 0 |__|__|__|__|__|__|