SweLiv- Anm. inkl. 1a MDK - för metastaser i levern

Gäller även som klinisk canceranmälan. 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 – LEVERMETASTASER - OBS separata formulär vid primär eller oklar malignitet

Ange lokal för primärtumör

- ☐ Kolon (C18)
- ☐ Rektum (C20)
- ☐ Anal (C21)
- ☐ Bröst (C50)
- ☐ Endokrin och neuroendokrin tumör (C254, C759)
- ☐ Lunga (C34)
- ☐ Lymfom (C8X/C9X)
- ☐ Melanom, hud (C43)
- ☐ Melanom, oculärt (C69)
- ☐ Mesenkymal tumör (sarkom, GIST mm) (C49)
- ☐ Okänt ursprung (C80.9)
- ☐ Njurar (C64)
- ☐ Gynekologisk malignitet (uterus, ovarial, cervix uteri) (C53, C54, C56)
- ☐ Pancreas C25)
- ☐ Tunntarm (C17)
- ☐ Esofagus o magsäck (C15)
- ☐ Gallvägar (gallblåsa/gallgång) (C22/C23/C24)
- ☐ Intrahepatisk gallgång (sekundär intrahepatisk gallgångsmalignitet)
- ☐ Annan

Vid val av ”Annan” – Ange lokal för primärtumör

_____

SweLiv- Anm. inkl. 1a MDK - för metastaser i levern

DEBUT

Primärtumör opererad

☐ Nej
☐ Ja

Synkront upptäckt metastas

☐ Nej
☐ Ja

Avseende metastas:

Finns bekräftande cytologi eller biopsi

☐ Nej
☐ Ja, cytologi
☐ Ja, operationspreparat efter en passant operation eller biopsi

Om ja, ange datum för biopsi/cytologi/op-preparat 2|0|__|__|__|__|__|__|

Analyserande patologenhet _____

Ange preparatnummer _____

Ange preparatår 2|0|__|__|

Ange histomorfologisk diagnos _____

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

Vid behandlingsevaluering ange respons

☐ Ingen kvarvarande tumör efter kirurgisk/ablativ behandling
☐ Ingen kvarvarande tumör efter medicinsk/interventionell/strålbehandling
☐ Respons
☐ Stabil tumörsjukdom
☐ Progress
☐ Kan ej evalueras

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

_____

PLANERAD BEHANDLING OCH INTENTION

Planeras behandling av lever/gallblåsa/gallgång

☐ **Nej, ange orsak**
- ☐ Funktionsstatus/comorbiditet
- ☐ Lever/gallsjukdom
- ☐ Diagnostiska kriterier för malignitet uppfylls ej/indikation saknas
- ☐ Progress
- ☐ Tumörbiologiskt ogynnsamt
- ☐ Tumör radikalt behandlad
- ☐ Missbruk
- ☐ Patientens eget val

☐ **Ja, ange behandling samt intention nedan**

Resektionskirurgi

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange behandlingsintention**
- ☐ Kurativ
- ☐ Kurativ men kräver fler ingrepp
- ☐ Palliativ/tumörreducerande

Ablativ behandling

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange behandlingsintention**
- ☐ Kurativ
- ☐ Kurativ men kräver fler ingrepp
- ☐ Palliativ/tumörreducerande

Transplantation

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange behandlingsintention**
- ☐ Kurativ
- ☐ Kurativ men kräver fler ingrepp
- ☐ Palliativ/tumörreducerande

Kemoembolisering (TACE)

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange när/varför**
- ☐ Neoadjuvant
- ☐ Downstaging
- ☐ Palliativ
- ☐ Postoperativt

Systemisk antitumoral behandling

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange när/varför**
- ☐ Neoadjuvant
- ☐ Downstaging
- ☐ Palliativ
- ☐ Postoperativt

Strålbehandling

☐ Nej

☐ Ja **Om ja, ange när/varför**
- ☐ Neoadjuvant
- ☐ Downstaging
- ☐ Palliativ
- ☐ Postoperativt

Annan antitumoral behandling

☐ Nej

☐ Ja

Planeras behandling av tumör utanför lever/gallblåsa/gallvägar

☐ Nej
☐ Ja, primärtumör
☐ 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

CA 19-9 _____ Ej känt

CEA _____ Ej känt

CRP _____ Ej känt

TUMÖRUTBREDNING

Radiologiskt påvisad tumör, ange antal

☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6 - 10
☐ 11 eller fler
☐ Ej känt/ej bedömbart

Datum då tumör/förändring påvisades radiologiskt

2 | 0 |___|___|___|___|___|___|

LYMFKÖRTELMETASTASER

Metastasmisstänkta regionala lymfkörtelstationer

☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej bedömt

Metastasmisstänkta generella lymfkörtelstationer

☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej bedömt

ÖVRIG METASTASERING

Övrig metastasering

☐ Nej
☐ Ja, metastas finns

Om ja, ange lokal för metastas

- ☐ Lunga
- ☐ Binjure
- ☐ Peritoneum
- ☐ Skelett
- ☐ Mjukdelar/hud
- ☐ Lokalrecidiv av primärtumör
- ☐ Annan

☐ Ja, metastas tidigare men är behandlad och nu ej påvisbar