

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer (SQRGC) Uppföljning</b><br>Efterfrågas 6 månader efter avslutad primärbehandling för patienter där behandlingsevaluering efter avslutad primärbehandling saknas samt 2 och 5 år efter diagnos och efter dödsfall eller vid första recidiv. För ovarial registreras upprepade recidiv/progressioner i recidivfliken. Även efter 5 år förflutit skall recidiv rapporteras via recidivfliken.<br>Ett formulär per diagnos vid multipla gynekologiska cancerdiagnoser.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Personnr:</b><br><br><b>Namn:</b>                                                                                                                                                                         |
| <b>INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Inrapportör</b>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Ansvarig läkare</b>                                                                                                                                                                                       |
| <b>Ange den diagnosgrupp som uppföljningen avser (vid mer än en gyncancerdiagnos används en blankett för varje diagnos)</b><br><input type="checkbox"/> Ovarial-, tubar-, peritonealmaligniteter eller cancer abdominis<br><input type="checkbox"/> Uterusmaligniteter<br><input type="checkbox"/> Cervix-, vaginalmaligniteter<br><input type="checkbox"/> Vulvamaligniteter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Datum för senaste uppföljning</b><br><br>20 _ _   _ _   _ _ <br><br>Har patienten varit i kontakt med kliniken inom de senaste 3 månaderna anges detta datum, annars det datum man gör journalkontrollen. |
| <b>Remiss till annan sjukvårdsinrättning/motsvarande</b><br><input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Uppgift saknas<br><b>Inrapportörs kommentar</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Har patienten erbjudits kontaktsjuksköterska</b><br><input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Uppgift saknas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Har patienten fått skriftlig vårdplan</b><br><input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Uppgift saknas                                                       |
| <b>Sjukdomsstatus (frånvaro av journaluppgifter om recidiv tolkas som att patienten är recidivfri)</b><br><input type="checkbox"/> Det finns inga journaluppgifter om recidiv/progress<br><input type="checkbox"/> Aldrig bedömts som tumörfri efter primärbehandling eller då ingen primärbehandling givits<br><input type="checkbox"/> Patienten har eller har haft recidiv - fyll i datum för 1:sta recidiv nedan samt recidivfliken (vid diagnosgrupp ovarial kan flera recidivlikar behöva fyllas i)<br><input type="checkbox"/> Utredning av misstänkt recidiv/progress startas/pågår (ny förfrågan kommer inom 2 månader om inte uppföljning/recidivflik uppdaterats)<br><br>Datum för första recidiv/progress     20 _ _   _ _   _ _ <br><br>Första recidiv/progress föregånget av NED<br><input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Vitalstatus och dödsdatum inhämtas via befolkningsregistret</b><br><br><b>Information om nästa kontroll</b><br><input type="checkbox"/> Kontroll på samma enhet<br><input type="checkbox"/> Kontroll på annan enhet (ange ovan i kommentarsfält)<br><input type="checkbox"/> Kontroller avslutade om patienten flyttar till annan sjukvårdsregion, emigrerar eller avsäger sig deltagande i kvalitetsregistret                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                              |