

Registermanual

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer
cervix- och vaginalmaligniteter

INNEHÅLLFÖRTECKNING

1	Dokumentets versionshantering.....	3
1.1	Andra dokument som stöd för användare av kvalitetsregistret	3
2	Allmän beskrivning av inrapporteringen till kvalitets-registret.....	4
3	Beskrivning av omfattningen av kvalitetsregistret.....	5
3.1	Inklusionkriterier	5
4	Vanliga morfologier.....	7
5	Datainsamling	8
5.1	Blankett 1 – Anmälan.....	8
5.2	Blankett 2 – Kirurgisk behandling	12
5.3	Blankett 3 – Avslutad primärbehandling.....	15
5.4	Blankett 4 – Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling.....	24
5.5	Blankett 5 – Uppföljning.....	30
6	Frågor och svar.....	31
7	Speciella anvisningar för RCC-monitorer.....	32
7.1	Hur monitor kopplar inkomna blanketter	32
7.2	Formulär Anmälan	32
7.3	Formulär Kirurgisk behandling.....	33
7.4	Formulär Avslutad primärbehandling	33
7.5	Formulär Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling.....	33
7.6	Formulär Uppföljning.....	33
7.7	Efterforskning.....	34

1 Dokumentets versionshantering

Datum	Version	Utfört av	Ändring (Sida, avsnitt)
2011-01-25	1.0	Thomas Högberg	
2011-02-17	1.0.1	Thomas Högberg	Inklusionskriterier s. 5, avsnitt 4.1 ICD-10 koder s. 7, avsnitt 5.
2013-04-22	1.0.2	Thomas Högberg	Registrering av recidiv även efter 5 år. Uppdatering av inklusionskriterier.
2014-01-01	2.0	Thomas Högberg	Uppdatering av Kapitel 5 enligt registerrevision. Registreringsblan- ketterna inlagda med kommentarer och hjälptexter inlagda i dessa.

Ändringar i senaste version är gråmarkerade

1.1 Andra dokument som stöd för användare av kvalitetsregistret

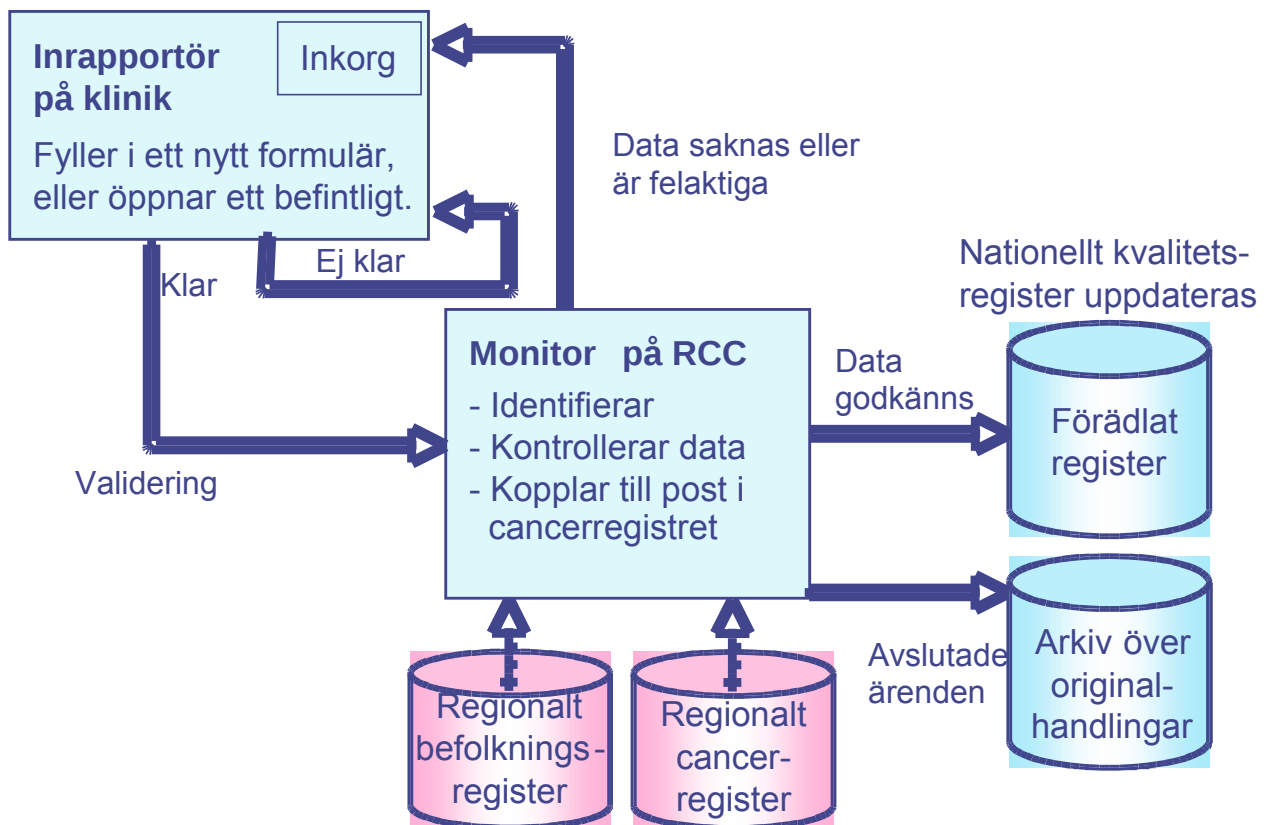
Registermanualen tillsammans med nedanstående dokument beskriver syfte, innehåll och handhavande av kvalitetsregistret.

- Styrdokument för Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi
- Formulär
- Variabelbeskrivning
- Inrapportörsmanual för INCA

2 Allmän beskrivning av inrapporteringen till kvalitetsregistret

Bilden nedan beskriver inrapporteringsflödet till kvalitetsregistret. En monitor är den person på Regionalt Cancer Centrum (RCC) som granskar inrapporterade ärenden, begär kompletteringar, godkänner och sparar uppgifterna i det ”förädlade” kvalitetsregistret.

Ärendehantering - inrapportering och granskning



3 Beskrivning av omfattningen av kvalitetsregistret

I styrdokumentet för Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk onkologi framgår bakgrund och syfte med registret. Detta register är ett av flera delregister inom den gynonkologiska vården. Registret omfattar fem blanketter; anmälan, kirurgisk behandling (används såväl vid primärt kirurgiskt ingrepp som vid senare kirurgiska ingrepp), avslutad primärbehandling, recidivdiagnos/icke-kirurgisk recidivbehandling och uppföljning. Anmälningsblanketten innehåller de uppgifter som ingår i Socialstyrelsens canceranmälan och ersätter denna.

Onkologiskt centrum (OC) i Västra sjukvårdsregionen är det nationellt samordnande OC:t för detta register. Registerhållare är Thomas Högberg (thomas.hogberg@med.lu.se).

3.1 Inklusionkriterier

Registret omfattar patienter med nedanstående diagnoser (se nästa sida). WHO ICD-10 (International Classification of Diseases) är en blandning av topografisk och morfologisk kodning och används kliniskt. WHO ICD-O/3 (International Classification of Diseases for Oncology, 3rd Edition) används av cancerregister. ICD-O/3 kodar läge (topografi) med samma C-koder som i ICD-10 och histologi (morfologi) separat. Morfologin anges genom en femsiffrig kod som sträcker sig mellan M-8000/0 till M-9989/3. De fyra första siffrorna anger den histologiska typen. Den femte siffran efter snedstreckat indikerar huruvida tumören är benign (0), av osäker malignitets-potential (1), cancer in situ (2), malign primärtumör (3), malign sekundär (metastatisk) (6) eller malign osäkert om metastatisk eller primär (9). Histologisk differentieringsgrad kan kodas med en sjätte siffra. Morfologiska ICD-O/3 klassifikationen använder SNOMED för M8000-M9989. För icke-neoplastiska lesioner använder ICD-O/3 ej längre SNOMED.

Lägeskoder	ICD-10 (WHO-klassifikation som används kliniskt) C52 Malign tumör i vagina C53.0 Malign tumör i endocervix C53.1 Malign tumör i exocervix C53.8 Malign tumör i cervix med övergripande växt C53.9 Icke specificerad lokalisation av malign tumör i cervix uteri
	ICD-O/3 (WHO-klassifikation som används av tumörregistret) C52.9 Malign tumör i vagina UNS C53.0 Endocervix C53.1 Exocervix/portio C53.8 Överväxt till/från angränsande sublokal inom livmoderhalsen (C53) med okänt ursprung C53.9 Livmoderhals UNS
	Endast maligna tumörer inkluderas, cancer in situ eller osäkert maligna eller benigna tumörer inkluderas inte.
ICD-O/2* morfologikod	
	Slutsiffran i morfologi-koden enligt ICD-O/2 skall vara 3. ICD-O/2 koder inom intervallet ≥80003 och <95900.
Diagnosgrund	
	Alla tumörer diagnostiserade med provexcision eller operation med histopatologisk undersökning (diagnosgrund 3) skall registreras. Exklusion: Patienter som diagnostiserats enbart med klinisk undersökning (diagnosgrund 1); röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR, CT (eller motsvarande undersökning) (diagnosgrund 2); obduktion med eller utan histopatologisk undersökning (diagnosgrund 4,7); cytologisk undersökning (diagnosgrund 5); operation utan histopatologisk undersökning (diagnosgrund 6); eller annan laboratorieundersökning (diagnosgrund 8) ingår inte.
Ålder	
	≥18 år.
Beräkning av täckningsgrad i INCA för RCC:	
	1. Maligna tumörer i vagina; ICD-O/3 lägeskod C52.9, morfologikod enligt ICD-O/2 slutar med 3. ICD-O/2 koder inom intervallet ≥80003 och <95900. Diagnosgrund 3. Ålder ≥18 år. 2. Maligna tumörer i cervix; ICD-O/3 lägeskod C53.0 eller C53.1 eller C53.8 eller C53.9, morfologikod enligt ICD-O/2 slutar med 3. ICD-O/2 koder inom intervallet ≥80003 och <95900. Diagnosgrund 3. Ålder ≥18 år.

* Cancerregistret använder nu ICD-O/3 som översätts till ICD-O/2. Av tekniska skäl har vi valt att använda ICD-O/2 morfologikod som urvalskriterium.

4 Vanliga morfologier.

Carcinom

- Skivepitelcancer
- Adenokarcinom

Andra mer ovanliga morfologier kan förekomma och patienterna inkluderas om morfologin bedöms som malign (har malignitetsgrad=3; 5:te siffran i morfologikoden). Morfologikod åsätts av monitor på cancerregistret med ledning av PAD och klinikerns uppgifter. Cancer in situ är registreringspliktiga i cancerregistret, men inkluderas inte i kvalitetsregistret. Tumörer upptäckta vid obduktion ingår inte i kvalitetsregistret.

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2003:13) om uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen (10 oktober 2006).

6 § Uppgifter om följande tumörer och tumörliknande tillstånd skall lämnas:

1. maligna solida tumörer inklusive basalcellscancer (basaliom)
2. ...
3. precancerösa förändringar av typ grav atypi/dysplasi samt epiteliala och melanocytära in situ-förändringar
4. förändringar som inger stark misstanke om malignitet.

5 Datainsamling

Registreringen sker via webben direkt i INCA-systemet eller via blankett

(<http://www.cancercentrum.se/sv/INCA/kvalitetsregister/gyn/ovarialcancer/>).

Blanketterna är inkopierade med tillägg av kommentarer och hjälptexter i *kursiverad blå stil*.

5.1 Blankett 1 – Anmälan

Canceranmälan skall göras av såväl primärt diagnostiserande enhet som av gyn onkologisk enhet. Gyn onkologiska enheten kan ha tillgång till ny information (t ex eftergranskning av referenspatolog) som ändrar diagnos, morfologiklassificering och stadieindelning. Cancerregistret använder bästa tillgängliga information.

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi Anmälningsblankett samt canceranmälan Anmälningspliktiga tumörer Blankett 1 – Anmälan , skickas till Regionalt Cancer Centrum (RCC) Fylls i av primärt anmälare och gynonkologisk enhet	Personnr: 1 Namn:
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik	Inrapportör
<i>Registreras automatiskt vid webb-registrering</i>	<i>Den som fyller i uppgifterna (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>
Inrapporterande sjukhus samma som patientens hemsjukhus ☐ Nej (ange hemsjukhus) ☐ Ja	Ansvarig läkare
<i>Ej obligatorisk uppgift som används i vissa regioner för att underlätta för monitor</i>	<i>Den läkare som ansvarar för att uppgifterna i anmälningsblanketten/canceranmälan är korrekta. Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan</i>
Datum för ifyllande 20111111	Diagnosdatum (Provtagningsdatum för första PAD/cytologi som verifierar malignitetsdiagnos. För cervixcancer anges provtagningsdatum för första biopsi som ger diagnosen invasiv cancer. I ö se registermanual) 20111111
<i>Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan</i>	<i>Datum då diagnos fastställdes kliniskt och/eller genom morfologisk undersökning; provtagningsdatum.</i>
<i>Diagnosdatum enligt rekommendation från ENCR (European Network of Cancer Registries; http://www.encr.com.fr)</i> <i>Datum från första histologi- eller cytologibedömningen. Om flera datum finns att välja på väljs i ordningen;</i> • provtagningsdatum • ankomstdatum till morfologilaboratorium • rapportdatum från ovannämnda. <i>Andra möjliga alternativ till diagnosdatum (om cytologisk eller histologisk undersökning ej föreligger) kan enligt ENCR vara;</i> • Inskrivningsdatum på sjukhus pga tumörsjukdom • Polikliniskt mottagningsbesök pga tumörsjukdom • Diagnosdatum, annat än punkt 1, 2 eller 3 ovan • Dödsdatum (tumörsjukdomen kan ha varit känd tidigare, men dokumentation om detta föreligger ej)	

• Dödsdatum då tumörsjukdom upptäckts först vid obduktion	
<i>Diagnosdatum senare än behandlingsstart eller datum för beslut att avstå från behandling eller datum senare än dödsdatum får ej väljas. Detta gäller främst då diagnosdatum från kvalitetsregisterblankett eller annan likvärdig handling används.</i>	
Ange det kvalitetsregister som anmälan avser (vid mer än en gyncancerdiagnos används en blankett för varje diagnos, om anmälan avser tumör som inte ingår i något gyncvalitetsregister kryssas ingen ruta) ☐ För ovarial-, tubar- eller peritonealmaligniteter, cancer pelvis/abdominis använd särskild blankett ☐ Uterusmaligniteter ☐ Cervix, vaginalmaligniteter ☐ Vulvamaligniteter	
<i>Anmälningsblanketten är gemensam för olika gyncancerdiagnoser. Underlättar för monitor för att veta vilket kvalitetsregister som anmälan hör till. Om man anmäler en tumör som inte ingår i något kvalitetsregister lämnas ovanstående rutor blanka.</i>	
Tumörens lokalisation	
<i>Tumörens lokalisation anges i klartext så specificerat som möjligt (t ex cervikalkanalen). Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan</i>	
ICD-10 kod	
D28.1	Benign tumör i vagina, neoplasma benignum vaginae (registreras inte)
N89.2	Grav dysplasi som ej angetts som VAIN III (registreras inte i kvalitetsregistret men är anmälningspliktig till cancerregistret)
D07.2	Carcinoma in situ vaginae, VAIN III, melanoma in situ vaginae (registreras inte i kvalitetsregistret men är anmälningspliktig till cancerregistret)
C52.9	Malign epitelial tumör i vagina - carcinoma vaginae (ingår i kvalitetsregistret och är anmälningspliktig till cancerregistret)
D26.0	Benign tumör i cervix, neoplasma benignum cervicis uteri (registreras inte)
N87.9	Grav cervixdysplasi NUD (registreras inte i kvalitetsregistret men är anmälningspliktig till cancerregistret)
D06.9	Carcinoma in situ cervicis uteri och CIN III eller grav dysplasi/CIN III (registreras inte i kvalitetsregistret men är anmälningspliktig till cancerregistret).
C53	Malign epitelial tumör i cervix - carcinoma cervicis uteri (ingår i kvalitetsregistret och är anmälningspliktig till cancerregistret)
C53.0	Malign tumör i endocervix
C53.1	Malign tumör i exocervix
C53.8	Malign tumör i cervix med övergripande växt
C53.9	Icke specificerad lokalisation av malign tumör i cervix uteri
C55	Malign tumör i livmodern med icke-specificerad lokalisation (registreras inte i kvalitetsregistret men skall anmälas till cancerregistret)
• Fall där man inte kan avgöra om det rör sig om cervix- eller corpuscancer kodas under C55 (malign tumör i uterus) (registreras inte i kvalitetsregistret men skall anmälas till cancerregistret) • Där det är oklart om en skivepitelcancer är utgången från cervix eller corpus bedöms den som cervixcancer och kodas under C53.9 (malign tumör i livmoderhalsen)	
<i>Vaginal tumör registreras som vaginalmalignitet (C52.9) endast om de är begränsade till vagina; om engagemang av portio registreras de som cervixmalignitet</i>	

FIGO stadium

Ange stadium enl. följande ex: I B 1 (om stadium eller substadium ej kan anges – använd X)

FIGO-stadium

I fall av tveksamhet är regeln att för klassifikation välja det lägre stadiet. Behandlingen styrs dock i dessa fall vanligen av det misstänkta högre stadiet. I de fall substadium finns (IA, IB, IIIA, IIIB, IIIC, IVA, IVB) skall sådant åsättas och stadium I, III eller IV är således inte valbart. Om stadium, trots ovanstående regel, inte kan åsättas på grund av saknade uppgifter, väljs alternativet X

Cervixcancer FIGO 2009

Stadium I Tumören är strikt begränsad till cervix (man tar ej hänsyn till utbredning i uterus)

IA Invasivt carcinom som endast kan diagnostiseras vid mikroskopi, med invasionsdjup ≤ 5 mm och största utbredning ≤ 7 mm

IA1 Uppmätt stromainvasionsdjup ≤ 3.0 mm och utbredning ≤ 7.0 mm

IA2 Uppmätt stromainvasionsdjup > 3.0 mm men ≤ 5.0 mm och utbredning ≤ 7.0 mm

IB Kliniskt iakttagbara förändringar begränsade till cervix uteri eller förändringar som endast kan diagnostiseras vid mikroskopi och som är större än stadium IA*

IB1 Kliniskt iakttagbar tumörförändring med största utbredning ≤ 4.0 cm

IB2 Kliniskt iakttagbar tumörförändring med största utbredning > 4.0 cm

Stadium II Tumören invaderar utanför uterus, men når inte bäckenväggen eller nedre tredjedelen av vagina

IIA Ingen parametrieinvasion

IIA1 Kliniskt iakttagbar tumörförändring med största utbredning ≤ 4.0 cm

IIA2 Kliniskt iakttagbar tumörförändring med största utbredning > 4.0 cm

IIIB Med otvetydig parametrieinvasion

Stadium III Tumören sträcker sig till bäckenväggen och/eller inbegriper nedre tredjedelen av vagina och/eller orsakar hydronefros eller icke-fungerande njure**

IIIA Tumör inbegriper nedre tredjedelen av vagina, men sträcker sig inte till bäckenväggen

IIIB Tumören sträcker sig till bäckenväggen och/eller hydronefros eller icke-fungerande njure

Stadium IV Tumörväxt utanför lilla bäckenet eller som inbegriper (biopsiverifierat) slemhinnan i urinblåsan eller rektum. Enbart ett bullöst ödem berättigar inte att en tumör klassificeras som stadium IV

IVA Spridning av tumörväxt till närliggande organ

IVB Spridning av tumörväxt till avlägsna organ (distanismetastaser)

*Alla synliga tumörförändringar — även ytligt växande — hänförs till stadium IB. Med invasion avses uppmätt stromainvasion med ett maximalt djup på 5,00 mm och en horisontal utbredning som inte överstiger 7,00 mm.

Invasionsdjupet mäts från basen av epitelet i närliggande normalvävnad — (skiv- eller körtelepitel). Invasionsdjupet skall alltid rapporteras i mm, även i fall med "tidig (minimal) stromainvasion" (~ 1 mm).

Invasion i blod- eller lymfkärl ändrar inte stadiet.

**Vid palpation per rectum finns inget cancerfritt spatium mellan tumören och bäckenväggen. Alla fall med hydronefros eller icke-fungerande njure inkluderas, om dessa tillstånd inte orsakats av annan känd process.

Vaginalcancer

Stadium I Tumören engagerar endast vaginalväggen

Stadium II Tumören engagerar subvaginal vävnad men når inte bäckenväggen

Stadium III Tumören engagerar bäckenväggen

Stadium IV Tumörens utbredning sträcker sig utanför lilla bäckenet eller involverar blåsmukosa eller rektum; enbart bullöst ödem räcker inte för att åsätta stadium IV.

IVa Tumören invaderar blås- och/eller rektalmukosa och/eller direkt tumörutbredning utanför lilla bäckenet

IVb Fjärrmetastasering

Diagnosgrund ☐ Klinisk undersökning ☐ Röntgen, scintigrafi, ultraljud, MR, CT (eller motsv undersökning) ☐ Proexcision eller op m histopatol undersökn			☐ Obduktion med histopatologisk undersökning ☐ Cytologisk undersökning ☐ Operation utan histopatologisk undersökning			☐ Obduktion utan histopatologisk undersökning ☐ Annan laboratorieundersökning		
<i>Diagnosgrund är en variabel som är oberoende av diagnosdatum. Det föreligger ofta flera olika diagnosgrunder. Val av diagnosgrund ska göras så att den säkraste grunden prioriteras, dock skall obduktion ej väljas om annan diagnosgrund finns. Patologi anses säkrare än cytologi och röntgen eller datortomografi anses säkrare än en klinisk undersökning.</i> <i>Diagnosgrunden "annan laboratorieundersökning" möjliggör en mer specifik SNOMED-kod än diagnosgrund "klinisk undersökning", "röntgen etc", "operation utan histopatologisk undersökning" eller "obduktion utan histopatologisk undersökning" och bör därför väljas framför dessa alternativ. Denna diagnosgrund används f. n. sällan.</i> <i>"Cytologisk undersökning" är ofta den första diagnosgrunden. Om ingrepp med PAD därefter görs, bör diagnosgrunden uppgraderas till "proexcision eller op m histopatol undersökn". Diagnosdatum blir dock oförändrat.</i>								
Morfologisk diagnos (i klartext)								
<i>Angivande av morfologisk diagnos i klartext (t ex skivepitelcancer). Obligatorisk uppgift för att anmälan skall kunna gälla som canceranmälan.</i>								
Diagnostiserande patologi- eller cytologiavdelning eller annan avdelning								
<i>Klartext</i>								
Preparatnummer inkl år (ange det första PAD/CYT som ligger till grund för diagnosen)								
<i>Detta behöver inte vara samma PAD som man tagit diagnosdatum från</i>								
Morfologi bedömd av subspecialiserad gynpatolog=referenspatolog (eftergranskat) ☐ Primärgranskare=referenspatolog ☐ Nej ☐ Ja, ange pat/cyt-lab ☐ Ja, pat/cyt-lab okänt ☐ Okänt								
<i>Referenspatolog definieras som patolog med subspecialisering inom gynekologisk patologi. Vid anmälan från gynklinik vet man ofta inte om PAD kommer att eftergranskas eller inte och markerar då okänt. Anmälningsblankett skall också inskickas från gynonkologisk enhet och uppgifterna kan då kompletteras</i>								
Patologi- eller cytologiavdelning för eftergranskat preparat								
<i>Klartext</i>								
Remiss till gynonkologisk enhet ☐ Nej ☐ Ja, specificera:								
<i>Svar "Ja" öppnar fritextfält för att ange gyn onkologisk enhet. Kvalitetsparameter, uppgiften hjälper monitor att vid behov eftersöka ytterligare blanketter</i>								
Var planeras operation utföras/var har den utförts ☐ Anmälade klinik ☐ Planeras ej ☐ Vet ej ☐ Annan enhet, specificera:								
<i>Svar "Annan enhet" öppnar fritextfält för att ange sjukvårdsinrättning. Uppgiften hjälper monitor att vid behov eftersöka ytterligare uppgifter</i>								

5.2 Blankett 2 – Kirurgisk behandling

Formuläret fylls i av opererande gynekolog efter varje operation. Mindre diagnostiska ingrepp som t ex abrasio registreras inte. Mindre terapeutiska ingrepp som t ex laparocentes registreras inte heller. Om kliniken deltar i tumörsträngen i Gynopregistret, behöver detta formulär inte fyllas, eftersom uppgifterna insamlas via gynopregistret och inhämtas därifrån.

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi Maligna tumörer i cervix uteri och vagina (ej cancer in situ) Blankett 2 – Kirurgisk behandling Fylls i av operatör efter varje kirurgiskt ingrepp om inte data registreras via gynopregistret Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)		Pnr: Namn:	2
INRAPPORTERANDE ENHET (Sjukhus, klinik)		Inrapportör	
<i>Behöver inte vara samma som opererande klinik (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>		<i>Den som fyller i uppgifterna (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>	
Ansvarig läkare		Opererande klinik	
<i>Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in</i>		<i>Opererande enhet behöver inte vara samma som inrapporterande enhet</i>	
Kirurgiskt ingrepp som skall registreras utfört ☐ Nej ☐ Ja			
Funktionsstatus inför kirurgisk behandling ☐ 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) ☐ 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) ☐ 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) ☐ 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) ☐ 4 – Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) ☐ Ej bedömt			
<i>Enligt ECOG/WHO/Zubrod. Alla alternativ utom "asymptomatisk" eller "ej bedömt" aktiverar nästa fråga</i>			
Om nedsatt funktionsstatus – beror detta huvudsakligen på ☐ Tumörsjukdomen ☐ Annan orsak			
Datum för information till patienten om behandlingsbeslut avseende kirurgisk åtgärd 20_____ ☐ Okänt			
<i>Används för ledtidsberäkningar. Det datum som man informerar patienten om att kirurgiska åtgärder skall utföras avseende hennes tumör</i>			
Datum för kirurgi 20_____ ☐			

Typ av kirurgi (se definitioner nedan)			
☐ Primäroperation	☐ Fördröjd primäroperation	☐ Operation vid progress/recidiv	
☐ Kartläggning av tumörutbredning	☐ Operation av resttumör efter radioterapi	☐ Annan	
<i>Primär operation: Primärt terapeutiskt ingrepp innefattande tumörexstirpation.</i> <i>Kartläggning av tumörutbredning: Kirurgi för kartläggning av sjukdomsutbredning, t ex lymfkörtelexploration i en ssk sens.</i> <i>Fördröjd primäroperation (primär operation efter neoadjuvant kemo-/radioterapi): Kemo-/radioterapi och sedan kirurgi med avsikt att tumörreducera inom 6 veckor, i senare skede kan annan behandling förekomma.</i> <i>Operation av resttumör efter radioterapi: En operation med avsikt att avlägsna resttumör efter planerat radikal radioterapi.</i> <i>Operation vid progress: T ex tumörreducerande ingrepp vid recidiv eller palliativ tarmkirurgi.</i>			
Operationsintention			
☐ Kurativ	☐ Palliativ	☐ Diagnostisk explorativ	☐ Annan
<i>Kurativ intention: Målet är normalt att göra en makroskopiskt radikal operation.</i> <i>Palliativ intention: T ex en operation för att utföra en avlastning på en patient med ileus.</i> <i>Diagnostisk intention: En operation där man t ex gör lymfkörtelexploration faller inom denna kategori.</i>			
Huvudoperatör			
Medoperatör 1			
Medoperatör 2			
<i>Ovanstående tre fält är fritextfält</i>			
Medverkan av operatör som (flera alternativ möjliga)			
☐ Utfört >25 Wertheimoperationer	☐ Är subspec i gynekol tumörkirurgi	☐ Är under utb t subspec i gynekol tumörkirurgi	
☐ Inget av ovanstående	☐ Uppgift saknas		
<i>Det kan vara en mer erfaren operatör som handleder en med mindre erfarenhet. I dessa fall anger men handledarens kompetens. Flera alternativ möjliga.</i>			
Cervixtumörens storlek kliniskt bedömd/mätt vid operationens inledning (0=ingen synlig tumör): _ _ _ mm			
<i>Största diameter anges i millimeter.</i>			
Cervikalt ingrepp			
☐ Nej	☐ Trachelectomi		
☐ Konisering	☐ Annat		
☐ Cervixamputation			
Ytterligare kirurgi utöver cervikalt ingrepp			
☐ Nej ☐ Ja			
Diagnostisk laparoskopi			
☐ Nej ☐ Ja			
<i>Ett terapeutiskt ingrepp kan föregås av en diagnostisk laparotomi. I detta fall skall man under "teknik" inte välja konvertering från laparoskopisk till öppen kirurgi</i>			
Teknik			
☐ Öppen kirurgi	☐ Vaginal kirurgi enbart	☐ Robotassisterad laparoskopisk kirurgi	☐ Konvertering från laparoskopisk till öppen kirurgi
☐ Laparoskopisk kirurgi	☐ Kombinerad vaginal och laparoskopisk kirurgi	☐ Konvertering från vaginal till öppen kirurgi	☐ Konvertering från robotassisterad laparoskopisk till öppen kirurgi
<i>Konvertering väljs enbart om man startat med intentionen att utföra planerat ingrepp laparoskopiskt, men av någon anledning måste övergå till öppen kirurgi</i>			
Ovarier		Tubor	
Sin	Dx	Sin	Dx
☐ Ooforektomi	☐ Ooforektomi	☐ Salpingektomi	☐ Salpingektomi
☐ Ovarialresektion	☐ Ovarialresektion	☐ Tubarresektion	☐ Tubarresektion
☐ Ovarialbiopsi	☐ Ovarialbiopsi	☐ Tubarbiopsi	☐ Tubarbiopsi
☐ Annat ovarialingrepp	☐ Annat ovarialingrepp	☐ Annat tubaringrepp	☐ Annat tubaringrepp
☐ Inget ovarialingrepp utfört	☐ Inget ovarialingrepp utfört	☐ Inget tubaringrepp utfört	☐ Inget tubaringrepp utfört
☐ Tidigare avlägsnat/saknas	☐ Tidigare avlägsnat/saknas	☐ Tidigare avlägsnat/saknas	☐ Tidigare avlägsnat/saknas

Transposition av ovarier			
☐ Sin		☐ Dx	
<i>Om man anger att man utfört ovarialtransposition aktiveras nästa fråga</i>			
Clipsmarkering av transpositionerade ovarier			
☐ Nej		☐ Ja ☐ Ej tillämpligt	
Uterus		Nervsparande kirurgi	
☐ Total enkel hysterektomi ☐ Total radikal hysterektomi ☐ Uterusresektion (subtot hyst) ☐ Uterusbiopsi		☐ Annat uterusingrepp ☐ Inget uterusingrepp utfört ☐ Saknas/tidigare avlägsnad ☐ Nej ☐ Ja ☐ Planerad men ej tekniskt möjligt	
Excenteration			
☐ Ingen ☐ Främre		☐ Bakre ☐ Total	
<i>Ett excenterationsingrepp innebär att man förutom att avlägsna tumören tar med ett antal omkringliggande organ. Främre excenteration brukar t ex innebära att man tar med tumören, vagina och blåsa samt anlägger en urindeviation</i>			
Förstorade/palpabla retroperitoneala pelvina körtlar			
☐ Nej ☐ Ja		☐ Kan ej bedömas ☐ Ej bedömt	
Provtagning från pelvina lymfkörtlar			
☐ Nej ☐ Finnålsbiopsi ☐ Biopsi		☐ Extirpation av enstaka suspekta körtlar ☐ Kirurgisk exploration "sampling" ☐ Kirurgisk exploration "utrymning"	
Förstorade/palpabla retroperitoneala para-aortala körtlar			
☐ Nej ☐ Ja		☐ Kan ej bedömas ☐ Ej bedömt	
Provtagning från para-aortala lymfkörtlar			
☐ Nej ☐ Finnålsbiopsi ☐ Biopsi		☐ Extirpation av enstaka suspekta körtlar ☐ Kirurgisk exploration "sampling" ☐ Kirurgisk exploration "utrymning"	
Makroskopiskt radikal operation (dvs all synlig tumör har avlägsnats)			
☐ Nej ☐ Ja		☐ Kan ej bedömas ☐ Ej bedömt	
<i>Svar "Nej" aktiverar följande två frågor</i>			
Om ej makroskopiskt radikal operation, tumörstorlek för största kvarvarande tumörlesion vid operationens avslutande			
☐ ≤0,5 cm ☐ >0,5 - ≤1 cm		☐ >1 - ≤2 cm ☐ >2 cm ☐ Kan ej bedömas ☐ Ej bedömt	
Om ej makroskopiskt radikal operation, antal kvarvarande tumörlesioner			
☐ 1 tumörlesion ☐ 2-5 tumörlesioner		☐ ≥ 6 tumörlesioner ☐ Kan ej bedömas ☐ Ej bedömt	
Annan kirurgi			
☐ Nej ☐ Ja			
GI-ingrepp		Urologiska ingrepp	
☐ Gastrostomi ☐ Ventrikelresektion ☐ Tunntarmsresektion ☐ Appendektomi ☐ Enterostomi		☐ Colonresektion ☐ Colostomi ☐ Rektumamputation ☐ Uretärresektion ☐ Uretäranastomos ☐ Vesiko-uretärstomi ☐ Blåsresektion ☐ Cystektomi ☐ Avledning enl Bricker	
Övriga ingrepp			
☐ Splenektomi ☐ Leverresektion ☐ Diafragmaresektion ☐ Annan kirurgi			
<i>Här anges icke-gynekologiska ingrepp</i>			
Remiss till annan sjukvårdsinrättning/motsv.			
☐ Nej ☐ Ja, specificera nedan			
<i>Uppgiften används för att underlätta för monitor att eftersöka följande blanketter</i>			

5.3 Blankett 3 – Avslutad primärbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gyn onkolog efter avslutad primärbehandling (se definition nedan) och responsbedömning.

Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan kemoterapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi Maligna tumörer i cervix uteri och vagina (ej cancer in situ) Blankett 3 – Avslutad primärbehandling Fylls i efter avslutad primärbehandling Kir beh rapporteras på särskilt underlag eller via gynopregistret Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)		Pnr: Namn: 3
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik	Inrapportör	
<i>Behöver inte vara samma som opererande klinik (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>	<i>Den som fyller i uppgifterna (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>	
Ansvarig läkare	Primär terapeutisk kirurgi ☐ Nej ☐ Ja	
<i>Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in</i>	<i>Upplysning till monitor som skall kontrollera att kirurgin registrerats. Svar "Ja" aktiverar följande 2 frågor</i>	
Datum för PAD-svar primär kirurgi 20		
<i>Det datum då patologen signerar svaret som leder till klinisk handläggning av fallet. En subspecifiering t ex med antikroppsanalyser som inte ändrar den kliniska handläggningen leder inte till att använda ett senare datum, om det tidigare svaret var tillräckligt för beslut om handläggning.</i>		
Har provtagning från lymfkörtlar utförts ☐ Nej ☐ Ja		
<i>Svar "Ja" aktiverar följande tre frågor</i>		
Morfologiskt verifierade positiva lymfkörtlar ☐ Nej ☐ Ja		
<i>Oavsett om provet tagits under preoperativa utredning, vid primär kirurgi eller vid annat tillfälle.</i>		
Sampling/utrymning av pelvina eller para-aortala lymfkörtelsstationer ☐ Nej ☐ Ja		
<i>Svar "Ja" aktiverar de följande 4 frågorna</i>		
Antal pelvina körtlar st	☐ Ej räknat	Antal positiva pelvina körtlar st
Antal para-aortala körtlar st	☐ Ej räknat	Antal pos para-aortala körtlar st
<i>Patologen skall räkna antalet körtlar och antalet metastaser i preparaten</i>		

Fjärrmetastaser			
☐ Nej ☐ Ja, ange lokal nedan			
<i>Svar "Ja" aktiverar nästa fråga</i>			
Läge för metastaser (flera alternativ möjliga)			
☐ Inguinala lymfkörtlar ☐ Para-aortala lymfkörtlar ☐ Mediastinala lymfkörtlar	☐ Lymfkörtlar fossa supraclav ☐ Övr icke-regionala lymfkörtlar ☐ Lever	☐ Mjälte ☐ Njuror ☐ Lunga	☐ Hjärna ☐ Skelett ☐ Andra metastaser
<i>Regionala lymfkörtlar definieras enligt TNM och innefattar för cervixcancer bäckenet samt retroperitoneala lymfkörtlar upp till aortabifurkationen och för vaginalcancer med primärtumör i övre 2/3 av vagina: bäckenet och pelvina körtlar upp till aortabifurkationen och för vaginalcancer med primärtumör i nedre 1/3 av vagina: inguinal- och femoraliskörtlar (dvs nedom inguinalligamenten).</i>			
Differentieringsgrad enl WHO			
☐ Hög ☐ Medelhög ☐ Låg ☐ Odifferentierad/anaplastisk ☐ Ej angiven ☐ Ej tillämpligt			
Utredning av tumörutbredning			
Palpation i narkos ☐ ja ☐ nej Cystoskopi ☐ ja ☐ nej Lungröntgen ☐ ja ☐ nej	Urografi ☐ ja ☐ nej CT urografi ☐ ja ☐ nej CT-buk ☐ ja ☐ nej	CT-thorax ☐ ja ☐ nej MR ☐ ja ☐ nej PET (PET/CT) ☐ ja ☐ nej	
Patienten bedömd i samråd med gyn onkolog			
☐ Ja, men pat har inte besökt gynonkol enhet, ange dat för remissank ☐ Ja, pat har besökt/varit inlagd f klin bed/beh på gynonkol enhet, ange dat f remissank			
<i>De två ovanstående alternativen, där gynonkologisk avdelning har konsulterats aktiverar nästa fråga</i>			
Datum för remissankomst till gynonk enhet			
2 0 _ _ _ _ _ _ ☐ Okänt			
☐ Nej, men pat har bed/beh av gyn onkolog utanför gynonkol enhet ☐ Nej, pat har bed/beh utan medverkan av gyn onkolog			
Datum för information till patienten om behandlingsbeslut rörande icke-kirurgisk behandling, multimodal behandling eller postoperativ handläggning			
2 0 _ _ _ _ _ _ ☐ Okänt ☐ Ej tillämpligt			
<i>Det datum man informerar patienten om vilken onkologisk behandling som planeras, eller att någon sådan inte skall ges. Kan sammanfalla med datum för behandlingsstart. Används för ledtidsberäkningar. I de fall patienten bedömts vid gynonkologisk enhet men inte besökt enheten (remissbedömning) kan datum för information till patienten inte alltid anges, varför alternativet okänt finns med. "Ej tillämpligt" används om patienten inte mottaglig för information(t ex avlidit)</i>			
Primärbehandling planerad enligt vårdprogram		Primärbehandling planerad inom ramen för klinisk prövning/studie	
☐ Nej ☐ Vårdprogram saknas i denna situation ☐ Ja ☐ Uppgift saknas	☐ Nej ☐ Ja		
<i>Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan terapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.</i>			
Behandlingsplan upprättad efter multidisciplinär konferens			
☐ Nej ☐ Ja			
<i>Multidisciplinär konferens utförs av representanter från minst 3 av 4 specialiteter (gynonkologi, gynekologisk tumörkirurgi, bild- och funktions-medicin samt patologi). Andra specialiteter som GI-kirurgi, urologi etc kan också ingå. Nationella vårdprogrammet rekommenderar att alla patienter med misstänkt avancerad ovarialcancer och patienter med sitt första recidiv bör bli föremål för MDK. Med recidiv menas i detta sammanhang insjuknande i tidigare, till synes utläkt sjukdom det vill säga komplett remission efter primärbehandling, som detekterats kliniskt minst 6 månader efter avslutad primärbehandling. Därutöver bör patientkategorier där tillstånd och behandling inte är väldefinierade och överenskomna tas upp i en MDK. Det är viktigt ur utbildningssynpunkt att även ta upp de fall där det kirurgiska utfallet avviker från den preoperativa bedömningen.</i>			

Behandlingsintention								
☐ Kurativ	☐ Paliativ	☐ Kan ej bedömas						
Behandlingsmodaliteter*								
	Ej använd	1:a i sekv.	2:a i sekv.	3:e i sekv.	4:e i sekv.	5:e i sekv.	6:e i sekv.	7:e i sekv.
Kirurgi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neoadjuvant kemoterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Radiokemoterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annan kemoterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brachyterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extern radioterapi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annan onkol behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kryss för de olika behandlingsmodaliteterna aktiverar respektive block nedan. Om endast kirurgi eller ingen behandling alls kryssats i aktiveras följande fråga. Vid sekventiell behandling högst 90 dagar mellan modaliteterna, i senare skede kan annan behandling förekomma. Om enbart en behandlingsmodalitet använts – kryssa enbart i denna samt ange den som nr 1. Om t ex brachyterapi givits parallellt med extern radioterapi får de samma sekvensnummer. Beroende på vad man kryssat i tänds motsvarande delar av formuläret. Man kan behöva passera blanka partier för att komma till aktiverade avsnitt.								
Om icke-kirurgisk primärbehandling ej givits ange orsak								
☐ Ej indicerad	☐ Pga dåligt AT	☐ Pga patientens önskan	☐ Pga komorbiditet	☐ Pga patienten avlidit				
Om patienten behandlats med enbart kirurgi eller om man helt avstått från behandling är blanketten klar								
Datum för start av icke-kirurgisk primärbehandling								
2 0								
Funktionsstatus inför icke-kirurgisk primärbehandling								
☐ 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) ☐ 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) ☐ 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) ☐ 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) ☐ 4 - Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) ☐ Ej bedömt								
Enligt ECOG/WHO/Zubrod. Alla alternativ utom "Asymptomatisk" eller "Ej bedömt" aktiverar nästa fråga								
Om nedsatt funktionsstatus – ange huvudsakliga orsaken								
☐ Tumörsjukdomen ☐ Annan orsak								
Sjukdomsstatus före start av icke-kirurgisk primärbehandling								
☐ Ingen mätbar/evaluerbar tumörmanifestation ☐ Mätbar/evaluerbar tumörmanifestation								

Neoadjuvant kemoterapi (KT) ☐ Nej ☐ Ja, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 20	Antal cykler neoadj KT 																
Detta block aktiveras om man vid behandlingsmodaliteter kryssat för "Neoadjuvant kemoterapi". Kemoterapin betraktas som neoadjuvant om kirurgi eller radioterapi planeras efter kemoterapin. Svar "Ja ange nedan" aktiverar frågor om använda preparat "Administrationssätt" och "Planerad regim fullföljd". Preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar. Flera alternativ möjliga. Dessutom aktiveras frågorna avseende "Datum för start av KT" och "Antal cykler KT". Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte. Utdrag ur: Termer och begrepp – Nationellt regimbibliotek för antitumoral läkemedelsbehandling. Regionala CancerCentrum i samverkan juni 2012 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Term / begrepp</th> <th>Definition</th> <th>Kommentar och användningsområde</th> <th>Synonym</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antitumoral regim</td> <td>Namngiven behandling som innefattar en bestämd kombination antitumoral läkemedel med angivna doser, administreringstider, administreringsvägar samt längd på behandlingen.</td> <td>Exempel på en antitumoral regim är FEC.</td> <td>Ofta används bara ordet regim</td> </tr> <tr> <td>Kur</td> <td>Omgång i numerisk ordning av given antitumoral regim.</td> <td>Antitumoral behandlingscykel används synonymt med kur. Om en patient har fått fem kurer/cykler kan de bestå av samma regim (som upprepats fem gånger), eller olika regimer. Kurer och cykler benämns med nummer medan regimer har specifika namn (t.ex. FEC). För varje kur eller cykel måste man därför specificera vilken regim det handlar om för att man ska veta vad innehållet i behandlingen är.</td> <td>Antitumoral behandlingscykel</td> </tr> <tr> <td>Kurintervall</td> <td>Tid från det att en kur/behandlingscykel startar fram till det att nästa kur/ behandlingscykel tar vid.</td> <td>Inkluderar både behandlingsdagar och vilodagar. Ett kurintervall på 21 dagar innebär att ny kur startar dag 22.</td> <td>Cykellängd</td> </tr> </tbody> </table>				Term / begrepp	Definition	Kommentar och användningsområde	Synonym	Antitumoral regim	Namngiven behandling som innefattar en bestämd kombination antitumoral läkemedel med angivna doser, administreringstider, administreringsvägar samt längd på behandlingen.	Exempel på en antitumoral regim är FEC.	Ofta används bara ordet regim	Kur	Omgång i numerisk ordning av given antitumoral regim.	Antitumoral behandlingscykel används synonymt med kur. Om en patient har fått fem kurer/cykler kan de bestå av samma regim (som upprepats fem gånger), eller olika regimer. Kurer och cykler benämns med nummer medan regimer har specifika namn (t.ex. FEC). För varje kur eller cykel måste man därför specificera vilken regim det handlar om för att man ska veta vad innehållet i behandlingen är.	Antitumoral behandlingscykel	Kurintervall	Tid från det att en kur/behandlingscykel startar fram till det att nästa kur/ behandlingscykel tar vid.	Inkluderar både behandlingsdagar och vilodagar. Ett kurintervall på 21 dagar innebär att ny kur startar dag 22.	Cykellängd
Term / begrepp	Definition	Kommentar och användningsområde	Synonym																
Antitumoral regim	Namngiven behandling som innefattar en bestämd kombination antitumoral läkemedel med angivna doser, administreringstider, administreringsvägar samt längd på behandlingen.	Exempel på en antitumoral regim är FEC.	Ofta används bara ordet regim																
Kur	Omgång i numerisk ordning av given antitumoral regim.	Antitumoral behandlingscykel används synonymt med kur. Om en patient har fått fem kurer/cykler kan de bestå av samma regim (som upprepats fem gånger), eller olika regimer. Kurer och cykler benämns med nummer medan regimer har specifika namn (t.ex. FEC). För varje kur eller cykel måste man därför specificera vilken regim det handlar om för att man ska veta vad innehållet i behandlingen är.	Antitumoral behandlingscykel																
Kurintervall	Tid från det att en kur/behandlingscykel startar fram till det att nästa kur/ behandlingscykel tar vid.	Inkluderar både behandlingsdagar och vilodagar. Ett kurintervall på 21 dagar innebär att ny kur startar dag 22.	Cykellängd																
<table border="0"> <tr> <td> Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit </td> <td> Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare </td> <td> Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans </td> <td> Övriga cytotoxiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytotox./cytotox. medel </td> </tr> </table>				Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit	Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans	Övriga cytotoxiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytotox./cytotox. medel												
Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit	Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans	Övriga cytotoxiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytotox./cytotox. medel																

Administrationssätt (flera alternativ möjliga) ☐ Per os ☐ Intravenöst ☐ Intraperitonealt ☐ Annat	Planerad regim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
	Svar "Nej" aktiverar följande fråga	Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak	
Behandlingsevaluering efter avslutad neoadjuvant KT ☐ Nej ☐ Ja		Datum för responsbedömning 20	
Svar "Ja" aktiverar de följande 3 frågorna			
Bedömning av tumörrespons/status efter neoadjuvant kemoterapi ☐ Komplett respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) ☐ Partiell respons (PR; $\geq 30\%$ minskning) ☐ Stabil sjukdom (SD; $< 30\%$ minskning el $< 20\%$ storleksökning) ☐ Progressiv sjukdom (PD; $\geq 20\%$ storleksökning, nyttillkommen tumör) ☐ Ej bedömbart		Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga) ☐ Palp utan narkos ☐ Palp i narkos ☐ Ultraljud ☐ Röntgen ☐ CT ☐ MR ☐ PET, PET/CT ☐ Bedömning vid operation	
Här accepteras en klinisk responsbedömning, men som rimligt väl följer RECIST-kriterier			
Kemoterapi (KT) samtidigt med radioterapi ☐ Nej ☐ Cisplatin ☐ Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 20	Antal cykler KT
Detta block aktiveras om man vid behandlingsmodaliteter kryssat för "Radiokemoterapi". Om kemoterapi består av cisplatin, kan det kryssas direkt, då aktiveras frågorna avseende "Administrationssätt" och "Planerad regim fullföljd", "Ja annan" aktiverar frågor om använda preparat. Preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar. Flera alternativ möjliga. Båda ja-svaren aktiverar frågorna avseende "Datum för start av KT" och "Antal cykler KT"; se definitioner under "Neoadjuvant kemoterapi". Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte.			
Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit	Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans	Övriga cytotatiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytot./cytotox. medel

Administrationssätt (flera alternativ möjliga) ☐ Per os ☐ Intravenöst ☐ Intraperitonealt ☐ Annat	Planerad regim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
	Svar "Nej" aktiverar följande fråga	Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak	
Annan kemoterapi (KT) ☐ Nej ☐ Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)	Datum för start av KT 2 0	Antal cykler annan KT 	
Detta block aktiveras om man vid behandlingsmodaliteter kryssat för "Annan kemoterapi". KT som inte är neoadjuvant eller given samtidigt med radioterapi. Svar "Ja annan" aktiverar frågor om använda preparat (preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar; flera alternativ möjliga), "Administrationssätt", "Planerad regim fullföljd" samt "Datum för start av KT" och "Antal cykler KT". Se definitioner under "Neoadjuvant kemoterapi". Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte. Om bytet föranleds av bristande tumörrespons definieras datum för avslutande av kemoterapi som datum för sista administration av primära kemoterapin. Sker däremot bytet av andra orsaker (t ex biverkningar) definieras datum för avslutad kemoterapi som datum när sista administreringen av kemoterapi sker.			
Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit	Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans	Övriga cytostatiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytot./cytotox. medel
Administrationssätt (flera alternativ möjliga) ☐ Per os ☐ Intravenöst ☐ Intraperitonealt ☐ Annat	Planerad regim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
	Svar "Nej" aktiverar följande fråga	Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak	

Brachyterapi (BT) ☐ Nej ☐ Ja	Datum för start av BT 20	Datum för avslutande av BT 20
<i>Detta block avseende BT aktiveras om man vid behandlingsmodaliteter kryssat för "Brachyterapi"</i>		
Målområde ☐ Cervix ☐ Höger parametrium ☐ Annat ☐ Vagina ☐ Vänster parametrium		
Applikatorer (flera alternativ möjliga) ☐ Ring ☐ Vaginal cylinder ☐ Katetetrar ☐ Ovoider ☐ Nålar ☐ Individuellt anpassad applikator ☐ Intrauterin ☐ Template		
Dosrat ☐ HDR ☐ MDR ☐ PDR ☐ LDR		
Dosplan baserad på ☐ CT utan applikatorer ☐ PET/CT med applikatorer ☐ CT med applikatorer ☐ Röntgen med C-båge utan applikatorer ☐ MR utan applikatorer ☐ Röntgen med C-båge med applikatorer ☐ MR med applikatorer ☐ Ultraljud utan applikatorer ☐ PET/CT utan applikatorer ☐ Ultraljud med applikatorer		
Slutdos för BT Totaldos brachy , Gy Antal fraktioner		
Planerad brachyregim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
<i>Svar "Nej" aktiverar följande fråga</i>	<i>Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak</i>	

Extern radioterapi RT ☐ Nej ☐ Ja	Datum för start av RT 20	Datum för avslutande av RT 20
<i>Detta block avseende RT aktiveras om man vid behandlingsmodaliteter kryssat för "Extern radioterapi" eller "Radiokemoterapi"</i>		
Indikation för RT (flera alternativ möjliga) ☐ Lymfkörtelmetastasering ☐ Tumörväxt i resektionsrand ☐ Snäva marginaler (ange marginal i mm nedan) ☐ Kärlnväxt ☐ Aggressiv histologi ☐ Stromainväxt >1/3 och ≤2/3 ☐ Stromainväxt >2/3 ☐ FIGO stadium ☐ Tumörstorlek ☐ Annat		
<i>Kryss i ruta för "Snäva marginaler" aktiverar nästa fråga avseende marginal</i>		
Marginal mm		
<i>Behöver endast anges om man kryssat för "Snäva marginaler" som behandlingsindikation ovan. Minsta marginal mellan tumörväxt och preparatyta. Anges i millimeter.</i>		
Målområde för extern RT (flera alternativ möjliga) ☐ Tumör/operationsområde och pelvina Igll-stationer ☐ Boost pelvina lymfkörtelstationer höger ☐ Boost pelvina lymfkörtelstationer vänster ☐ Boost tumörområde ☐ Para-aortala lymfkörtelstationer ☐ Annat		
Radiologiska metoder för definition av målområde ☐ CT ☐ MR ☐ PET/CT ☐ Ultraljud		
Teknik (flera alternativ möjliga) ☐ Fotoner ☐ Elektroner ☐ Protoner ☐ Stereotaktisk ☐ Tomoterapi ☐ IMRT ☐ VMAT ☐ Intraoperativ		
Slutdos extern RT Målområde 1 (tumörområde och pelvina Igll-stationer) Målområde 2 (boost tumörområde) Målområde 3 (boost pelvina Igll-stationer höger) Målområde 4 (boost pelvina Igll-stationer vänster) Målområde 5 (para-aortala Igll-stationer) Gy Gy G G G		
Planerad extern strålbehandlingsregim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
<i>Svar "Nej" aktiverar följande fråga</i>	<i>Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak</i>	

Datum för avslutande av primärbehandling	
20	
<i>Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan terapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.</i>	
Behandlingsevaluering efter avslutad behandling ☐ Nej ☐ Ja	Datum för responsbedömning 20
<i>Svar "Ja" aktiverar följande 4 frågor avseende behandlingsevaluering</i>	
Funktionsstatus inför icke-kirurgisk primärbehandling ☐ 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) ☐ 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) ☐ 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) ☐ 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) ☐ 4 - Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) ☐ Ej bedömt	
<i>Enligt ECOG/WHO/Zubrod. Alla alternativ utom "Asymptomatisk" eller "Ej bedömt" aktiverar nästa fråga</i>	
Om nedsatt funktionsstatus – ange huvudsakliga orsaken ☐ Tumörsjukdomen ☐ Annan orsak	
Bedömning av tumörrespons/status efter primärbehandling ☐ Komplet respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) ☐ Partiell respons (PR; ≥ 30% minskning) ☐ Stabil sjukdom (SD; < 30% minskning el < 20% storleksökning) ☐ Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20% storleksökning, nyttillkommen tumör) ☐ Ej bedömbart	Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga) ☐ Palp utan narkos ☐ Palp i narkos ☐ Ultraljud ☐ Röntgen ☐ CT ☐ MR ☐ PET, PET/CT
<i>Här accepteras en klinisk responsbedömning, men som rimligt väl följer RECIST-kriterier</i>	
Uppföljande enhet:	
<i>Fritext. Underlättar för monitor att eftersöka information</i>	

5.4 Blankett 4 – Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gynekolog efter avslutad behandling. Eventuell kirurgisk behandling recidivbehandling dokumenteras på samma kirurgibankett som ovan och fylls i av opererande gynekolog (om inte registreringen sker via Gynopregistret).

Registrering av 2:nd line är obligatorisk, medan registrering senare linjers behandlingar är frivillig.

Registrering av första recidivbehandling obligatorisk även om recidivet inträffar efter avslutade kliniska kontroller. Registrering av tredje linjens och följande behandlingar är frivilligt.

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer Maligna tumörer i cervix uteri och vagina (ej cancer in situ) Blankett 4 – Recidivdiagnos/recidivbehandling Fylls i efter avslutad behandling Första recidiv ska registreras, följande linjer ej obl. men rek. Eventuell kirurgisk behandling registreras på blankett 2 Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)	Pnr: 4 Namn:
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik	Inrapportör
<i>Registreras automatiskt vid webb-registrering</i>	<i>Den som fyller i uppgifterna (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>
Ansvarig läkare	Diagnosdatum för recidiv (ober. av ordn. nummer för recidiv) 20
<i>Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in</i>	<i>Först förekommande datum för klinisk, radiologisk, tumörmarkör-undersökning eller PAD/CYT som påvisar recidiv. Vid osäker klinisk undersökning väljs senare datum. Om man väljer att registrera fler recidiv än det första kan datum alltid anges här. På uppföljningsblanketten registreras enbart första recidiv.</i>
Recidiv föregånget av period av NED ☐ Nej ☐ Ja ☐ Kan ej bedömas	
<i>En period av NED krävs för registrering. Vid progressiv eller persistent sjukdom vid avslutande av primärbehandling inskränker sig uppföljningen till registrering av dödsdatum och dödsorsak på uppföljningsformuläret. Resten av blanketten inaktiveras vid nej-svar.</i>	
Recidiv morfologiskt verifierat med PAD/CYT ☐ Nej ☐ Ja	
Diagnosgrundande undersökningar (flera alternativ möjliga) ☐ Klinisk undersökning ☐ MR ☐ Scintigrafi ☐ Annan undersökning ☐ Konventionell röntgen ☐ CT ☐ Operation ☐ PET, PET/CT ☐ Ultraljud ☐ Biopsi/finnålspunktion	
Recidivlokal (flera alternativ möjliga) ☐ Vaginalt ☐ Regionalt i bäckenet* ☐ Fjärrmetastaser	
<i>Lokoregionalt definieras enligt TNM och innefattar för cervixcancer bäckenet samt retroperitoneala lymfkörtlar upp till aortabifurkationen och för vaginalcancer med primärtumör i övre 2/3 av vagina: bäckenet och pelvina körtlar upp till aortabifurkationen och för vaginalcancer med primärtumör i nedre 1/3 av vagina: inguinal- och femoraliskörtlar (dvs nedom inguinalligamenten). Kryss i ruta för "Fjärrmetastaser aktiverar nästa fråga"</i>	
Fjärrmetastaser lokal (flera alternativ möjliga) ☐ Intraabdominalt ovan bäckenet ☐ Lunga ☐ Lymfkörtlar ljumske ☐ Lymfkörtlar fossa supraklav ☐ Lever (parenkymmetastaser) ☐ Hjärna ☐ Lymfkörtlar para-aortalt ☐ Andra icke-regionala lymfkörtlar* ☐ Pleuravätska (positiv cytologi krävs) ☐ Skelett ☐ Lymfkörtlar mediastinalt ☐ Andra metastaser	

Kemoterapi (KT) ☐ Nej ☐ Cisplatin ☐ Ja, annan, ange nedan (flera alternativ möjliga)		Datum för start av KT 20	Antal cykler KT
Om kemoterapi består av cisplatin, kan det kryssas direkt, då aktiveras frågorna avseende "Administrationssätt" och "Planerad regim fullföljd", "Ja annan" aktiverar frågor om använda preparat. Preparaten ordnade i bokstavsordning enligt FASS-grupperingar. Flera alternativ möjliga. Båda ja-svaren aktiverar frågorna avseende "Datum för start av KT" och "Antal cykler KT" Se definitioner på blankett 3 under "Neoadjuvant kemoterapi". Planerad behandling registreras. Om denna inte kan genomföras registreras att planerad regim inte kunde genomföras och orsak till detta enligt nedan. Vilken eventuell regim man byter till registreras inte. Om bytet föranleds av bristande tumörrespons definieras datum för avslutande av primärbehandling som datum för sista administration av primära kemoterapi. Sker däremot bytet av andra orsaker (t ex biverkningar) definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av kemoterapi sker.			
Alkylerande medel ☐ Cyklofosfamid ☐ Ifosfamid ☐ Melfalan ☐ Annat alkylerande medel Antimetaboliter ☐ Capecitabin ☐ Fluorouracil ☐ Gemcitabin ☐ Pemetrexed ☐ Annan antimetabolit	Mitoshämmare ☐ Docetaxel ☐ Etoposid ☐ Paklitaxel ☐ Vinorelbin ☐ Annan mitoshämmare	Cytotoxiska antibiotika och närbesläktade substanser ☐ Bleomycin ☐ Doxorubicin ☐ Epirubicin ☐ Liposomalt doxorubicin ☐ Mitoxantron ☐ Annat cytotoxiskt antibiotikum eller närbesläktad substans	Övriga cytostatiska/cytotoxiska medel ☐ Altretamin ☐ Bevacizumab ☐ Bortezomib ☐ Cetuximab ☐ Cisplatin ☐ Imatinib ☐ Irinotekan ☐ Karboplatin ☐ Oxaliplatin ☐ Topotekan ☐ Trastuzumab ☐ Annat övrigt cytot./cytotox. medel
Administrationssätt (flera alternativ möjliga) ☐ Per os ☐ Intravenöst ☐ Intraperitonealt ☐ Annat	Planerad regim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
		Svar "Nej" aktiverar följande fråga Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak	

Brachyterapi (BT) ☐ Nej ☐ Ja	Datum för start av BT 2 0 _ _ _ _ _ _	Datum för avslutande av BT 2 0 _ _ _ _ _ _
<i>Svar "Ja" aktiverar följande frågor avseende BT.</i>		
När användes BT ☐ I kombination med extern RT ☐ Intraoperativ/peroperativ BT ☐ Som enda behandlingsmodalitet		
Målområde ☐ Cervix/lokalrecidiv ☐ Höger parametrium ☐ Annat ☐ Vagina ☐ Vänster parametrium		
Applikatorer (flera alternativ möjliga) ☐ Ring ☐ Vaginal cylinder ☐ Katetetrar ☐ Ovoider ☐ Nålar ☐ Individuellt anpassad applikator ☐ Intrauterin ☐ Template		
Dosrat ☐ HDR ☐ MDR ☐ PDR ☐ LDR		
Dosplan baserad på ☐ CT utan applikatorer ☐ PET/CT med applikatorer ☐ CT med applicerade applikatorer ☐ Röntgen med C-båge utan applikatorer ☐ MR utan applikatorer ☐ Röntgen med C-båge med applikatorer ☐ MR med applikatorer ☐ Ultraljud utan applikatorer ☐ PET/CT utan applikatorer ☐ Ultraljud med applikatorer		
Slutdos för BT Totaldos brachy _ _ _ , _ _ _ Gy Antal fraktioner _ _		
Planerad brachyregim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
<i>Svar "Nej" aktiverar följande fråga</i>		<i>Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak</i>

Extern RT ☐ Nej ☐ Ja	Datum för start av RT 20	Datum för avslutande av RT 20
<i>Svar "Ja" aktiverar följande frågor avseende extern RT</i>		
RT given i kombination med kemoterapi (kemoradioterapi) ☐ Nej ☐ Ja		
<i>Svar "Ja" aktiverar följande fråga</i>		
Typ av kemoterapi ☐ Cisplatin ☐ Annan		
Målområde för extern RT (flera alternativ möjliga) ☐ Tumörområde ☐ Pelvina lymfkörtelstationer vänster sida ☐ Annat ☐ Pelvina lymfkörtelstationer höger sida ☐ Para-aortala lymfkörtelstationer		
Radiologiska metoder för definition av målområde ☐ CT ☐ PET/CT ☐ MR ☐ Ultraljud		
Teknik (flera alternativ möjliga) ☐ Fotoner ☐ Tomoterapi ☐ Elektroner ☐ IMRT ☐ Protoner ☐ VMAT ☐ Stereotaktisk ☐ Intraoperativ		
Slutdos extern RT Målområde (tumörområde) Gy Målområde (pelvina Igll-stationer höger sida) Gy Målområde (pelvina Igll-stationer vänster sida) Gy Målområde (para-aortala Igll-stationer) Gy		
Planerad extern RT-regim fullföljd ☐ Ja ☐ Nej	Viktigaste orsak till att planerad regim ej fullföljts ☐ Biverkningar ☐ Bristande respons/progress ☐ Patientens önskemål ☐ Patientens allmäntillstånd ☐ Komorbiditet ☐ Patienten avlidit ☐ Annan orsak	
<i>Svar "Nej" aktiverar följande fråga</i>	<i>Om avsteg från initialt planerad behandling behövt göras anges viktigaste orsak</i>	
Annan antitumoral onkologisk behandling ☐ Nej ☐ Ja		

Datum för avslutande av recidivbehandling 20	
Behandlingsevaluering efter avslutad behandling ☐ Nej ☐ Ja	Datum för responsbedömning 20
Svar "Ja" aktiverar följande 4 frågor avseende behandlingsevaluering	
Funktionsstatus inför icke-kirurgisk primärbehandling ☐ 0 - Asymptomatisk (fullt aktiv, och kan utföra samma aktiviteter som innan sjukdomen utan begränsningar) ☐ 1 - Symptomatisk men helt uppegående (begränsad vad gäller fysiskt krävande aktiviteter, men uppegående och kan utföra lättare aktiviteter t ex lättare hushållsarbete eller kontorsarbete) ☐ 2 - Symptomatisk, tillbringar <50% av tiden under dagen till sängs (delvis uppegående och kan sköta sig själv, men kan inte utföra något arbete. Uppegående mer än 50 % av vakna tiden) ☐ 3 - Symptomatisk, tillbringar >50 % av tiden till sängs, men inte sängbunden (kan i viss mån sköta sig själv, sängliggande eller sittande >50 % av vakna tiden) ☐ 4 - Sängbunden (kan inte sköta sig själv, helt bunden till säng eller stol) ☐ Ej bedömt	
Enligt ECOG/WHO/Zubrod. Alla alternativ utom "Asymptomatisk" eller "Ej bedömt" aktiverar nästa fråga	
Om nedsatt funktionsstatus – ange huvudsakliga orsaken ☐ Tumörsjukdomen ☐ Annan orsak	
Bedömning av tumörrespons/status efter primärbehandling ☐ Komplet respons (CR) /NED (No Evidence of Disease) ☐ Partiell respons (PR; ≥ 30% minskning) ☐ Stabil sjukdom (SD; < 30% minskning el < 20% storleksökning) ☐ Progressiv sjukdom (PD; ≥ 20% storleksökning) ☐ Ej bedömbart	Metod för responsbedömning (flera alternativ möjliga) ☐ Palp utan narkos ☐ Palp i narkos ☐ Ultraljud ☐ Röntgen ☐ CT ☐ MR ☐ PET, PET/CT
Här accepteras en klinisk responsbedömning, men som rimligt väl följer RECIST-kriterier	
Uppföljande enhet:	
Fritext. Underlättar för monitor att eftersöka information	

5.5 Blankett 5 – Uppföljning

Formuläret fylls i av kontrollerande enhet efter varje återbesök. Uppföljning i fem år om man inte kryssa "Kliniska kontroller avslutade" på uppföljningsblanketten. Även om kliniska kontroller avslutats eller om mer än fem år förflutit skall senare inträffade recidiv rapporteras.

Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Onkologi Uppföljning – alla gynekologiska tumörer Fylls i i samband med varje uppföljning Ett formulär per diagnos vid multipla gynekologiska cancerdiagnoser, som hänförs till olika kvalitetsregister Blanketten sänds till Regionalt Cancercentrum (RCC)		Personnr: Namn:	5
INRAPPORTERANDE ENHET Sjukhus, klinik		Inrapportör	
<i>Registreras automatiskt vid webb-registrering</i>		<i>Den som fyller i uppgifterna (registreras automatiskt vid webb-registrering)</i>	
Ansvarig läkare <i>Den läkare som godkänner registreringen för att sändas in</i>			
Ange det kvalitetsregister som uppföljningen avser (vid mer än en gyncancerdiagnos används en blankett för varje diagnos) ☐ Ovarial-, tubar-, peritonealmaligniteter eller cancer abdominis ☐ Uterusmaligniteter ☐ Cervix-, vaginalmaligniteter ☐ Vulvamaligniteter		Datum för senaste kliniska uppföljning 20 _ _ _ _ _ _ _	
<i>Uppföljningsblanketten är gemensam för olika gyncancerdiagnoser. Om patienten har flera gyncancerdiagnoser måste man veta vilken diagnos blanketten avser. En blankett fylls i per gyncancerdiagnos.</i>		<i>Det datum patienten senast uppföljdes avseende sin cancersjukdom. Vid registrering av dödsdatum, där det i samband med dödsfallet inte gjorts någon klinisk utvärdering rörande cancersjukdomen, skall datum för senaste kliniska uppföljning inte ändras.</i>	
Sjukdomsstatus ☐ Kliniskt tumörfri efter primärbehandling (NED "no evidence of disease") ☐ Ej kliniskt tumörfri (efter primärbehandling eller då ingen primärbehandling givits) ☐ Recidiv (får endast anges om patienten tidigare bedömts vara tumörfri (NED) efter primärbehandling) ☐ Kliniskt tumörfri efter recidivbehandling (NED) ☐ Ej kliniskt tumörfri efter recidiv ☐ Utredning av misstänkt recidiv startas/pågår			
Information om nästa kliniska kontroll ☐ Klinisk kontroll på samma enhet ☐ Klinisk kontroll på annan enhet, ange var nedan? Om antal månader _ _ ☐ Kliniska kontroller avslutade			
<i>Viktig information för att kunna skicka frågor avseende saknad uppföljning till rätt instans vid rätt tidpunkt</i>			
Datum för första recidiv		20 _ _ _ _ _ _ _	
<i>Endast datum för första recidiv registreras på denna blankett. Fylls i när det är aktuellt. Man behöver inte leta efter detta datum vid senare registrering. På blankett 3 kan upprepade recidiv registreras. <u>Även om kliniska kontroller avslutats eller om mer än fem år förflutit skall senare inträffade recidiv rapporteras.</u></i>			
Dödsdatum		20 _ _ _ _ _ _ _	

6 Frågor och svar

Här kommer vanliga och ovanliga frågor och svar samlas successivt.

7 Speciella anvisningar för RCC-monitorer

Dessa anvisningar är stöd för monitorerna vid RCC.

Andra dokument som stöd för monitor som finns på hemsidan

Styrdokument för Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer

Formulär

Variabelbeskrivning

Allmän monitormanual

För nedanstående blanketter kan endast en version per diagnos sparas i registret.

1 – Anmälan

3 – Avslutad primärbehandling

5 – Uppföljning

Inkommer flera versioner av dessa blanketter som rör samma diagnos är det monitors uppgift att hantera detta enligt punkt 7.2. Det kan således finnas fler versioner av till exempel 1 – Anmälan vilket genererar flera originalhandlingar. Registerposten ska innehålla en sammanfattning av dessa originalhandlingar som bestämts av monitor. Uppstår oklarheter eller frågor om vad som skall väljas ingå i registerposten får kompletterande information efterhöras från inrapportörerna eller avstämning göras mot regionalt ansvarig läkare för registret. När det gäller uppföljningsuppgifterna i registret så skall de uppdateras med senast inkommen uppföljningsblankett.

Blankett 2 – Kirurgisk behandling och 4 – Avslutad icke-kirurgisk recidivbehandling, tillåts finnas i flera versioner i registret men skall då innehålla behandlingsuppgifter från olika tillfällen.

7.1 Hur monitor kopplar inkomna blanketter

Den första blanketten som godkänns och kopplas mot cancerregisterposten måste vara 1 – Anmälan, 3 – Avslutad primärbehandling eller 5 – Uppföljning.

Vanligtvis skall först inkommen blankett vara 1 – Anmälan.

Inkommer blankett 3 eller 5 först så kan de kopplas och göras klara. Samtidigt skickar monitor ut en påminnelse om blankett 1.

Efter att första blanketten har kopplats och gjorts klar så har också "huvudregisterposten" skapats. Den har plats för uppgifterna från blanketterna 1, 3 och 5.

När någon av dessa blanketter därefter inkommer kopplar monitor dem mot denna huvudregisterpost.

När sedan blankett 2 eller 4 inkommer kopplar monitor också dem mot huvudregisterposten och när monitor väljer åtgärden "klar" så skapas en underliggande registerpost till huvudregisterposten.

För varje ny blankett 2 eller 4 som kopplas till huvudregisterposten så skapas det en ny "underregisterpost".

Om en inkommen blankett 2 eller 4 skall ersätta/komplettera en tidigare inrapporterad blankett 2 eller 4 så skall koppling göras till motsvarande underregisterpost. I det läget skall man också jämföra inkommen blankett mot befintlig underregisterpost och man ska markera de variabler som skall uppdateras i underregisterposten.

7.2 Formulär Anmälan

Gäller även som anmälan till cancerregistret.

Anmälan ska göras av såväl kvinnoklinik/primärt diagnostiserande enhet som av gynonkologisk enhet. Gynonkologiska enheten kan ha tillgång till ny information (t.ex. eftergranskning av referenspatolog) som ändrar diagnos, morfologklassificering och stadieindelning. Denna information är då överordnad.

Den först inkomna anmälan kopplas till cancerregisterposten. Därefter ytterligare inkomna anmälningar jämförs med den gamla blanketten och uppdateras enligt ovan.

Anmälningspliktiga tumörer till cancerregistret som inte inkluderas i kvalitetsregistret kan anmälas på INCA-formuläret. Till exempel carcinoma in situ och benigna ovarialtumörer. Tills vidare gäller att blanketten skrivs ut, hanteras och därefter raderas posten ur INCA. För att ingå i kvalitetsregistret ska patienten vara folkbokförd i Sverige vid första datum för diagnos. (Är ofta datum för första cytologi).

Diagnosdatum

Definitionen av diagnosdatum i kvalitetsregistret är det provtagningsdatum där PAD ger konklusiv cancerdiagnos. Enbart misstanke om malignitet, dysplasi eller atypi gäller inte. Diagnosdatum kan således skilja mellan cancerregistret och kvalitetsregistret.

Morfologisk kod sätts av monitor med ledning av PAD och klinikens uppgifter.

7.3 Formulär Kirurgisk behandling

Formuläret används såväl vid primärt kirurgiskt ingrepp som vid senare kirurgiska ingrepp och även vid kirurgisk recidivbehandling.

Formuläret fylls i efter varje operation och kan således finnas i flera versioner.

Det först inkomna formuläret kopplas till huvudregisterposten. För ytterligare inkomna kirurgformulär gäller följande:

Om det redan finns en registerpost för Kirurgisk behandling:

- Jämför med den gamla blanketten och kontrollera om det är något som ska uppdateras.
- Om det rör sig om *samma* operation som på föregående formulär kopplas blanketten till
- den redan befintliga kirurgregisterposten.

Om det rör sig om en ny operation (se variabeln ”Typ av kirurgi”):

- Formuläret kopplas till huvudregisterposten och en ny ”underregisterpost” Kirurgisk
- behandling skapas.

Om kliniken deltar i GKR eller gynopregistret hämtas uppgifter därifrån. Uppgifterna kommer att inhämtas kvartalsvis tills vidare.

7.4 Formulär Avslutad primärbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gynonkolog efter avslutad primärbehandling.

Primärbehandling avser den behandlingssekvens som initialt planeras och ges. Den inkluderar inte t ex konsoliderande behandling. Om progress inträffar under primärbehandling eller stabil sjukdom leder till byte till t ex annan kemoterapi definieras datum för avslutad primärbehandling som datum när sista administreringen av först planerade behandlingen sker. Ofta kontrolleras behandlingsresultatet med klinisk undersökning och eventuella röntgenundersökningar och patienten fortsätter sedan att kontrolleras på mottagningen. Datum för avslutad primärbehandling definieras även då som datum när sista administreringen av primära behandlingen sker.

7.5 Formulär Recidivdiagnos/Icke-kirurgisk recidivbehandling

Formuläret fylls vanligen i av gynonkolog efter avslutad behandling.

Registrering av första recidiv är obligatorisk. Registrering av senare linjers behandlingar är frivillig.

7.6 Formulär Uppföljning

Uppföljningsblanketten skickas in vid varje återbesök, dock minst en gång per år, upp till fem år efter diagnos. Denna blankett finns endast i en version i databasen. Registerposten med uppföljningsuppgifterna innehåller således en sammanfattning av patientens tumörstatus. Den skall innehålla senaste datum för kontroll av tumörstatus och senast kända tumörstatus. I registerposten skall också datum och lokalisation för första recidiv ligga kvar och inte ersättas av eventuellt tillkommande recidiv. Efter det första uppföljningsformuläret måste alltid de

efterföljande uppföljningarna jämföras med registerposten och uppdateras enligt ovan. När uppgift finns att kontrollerna avslutas eller patienten har dött så förs dessa uppgifter över till registerposten.

Vid multipla gynekologiska cancerdiagnoser fylls ett formulär i per diagnos.

7.7 Efterforskning

Inklusionskriterier finns i samtliga delregister som hjälp för RCC vid kontroll mot cancerregistret.

Som hjälp för monitor finns även bevaknings- och kontrollmallar.

Begreppsförklaring:

- *Kontrollmall* – Patientlista i INCA som visar eventuellt felaktiga registreringar
- *Bevakningsmall* – Patientlista i INCA som visar saknade blanketter samt möjliggör påminnelser till förmodat inrapporterande klinik
- *Spärrar* – kontroller via JavaScript i formulären som förhindrar felaktig inmatning

- Bilden nedan visar en patientöversikt där det har rapporterats in alla 5 blanketterna för en patient och där det framgår att blankett 1, 3 och 5 hamnat i huvudregisterposten och att det är två underregisterposter för blankett 2 respektive blankett 4.
- OBS! Bortse från att detta är en kvinnlig testpatient med ett manligt namn och att det är en bröstcancer i cancerregistret som ovarialcancer är kopplad till.

