

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| Sjukhus, klinik.....                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Patientdata                                 |  |
| Anmälande läkare.....                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Datum för välgrundad misstanke .....                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Ankomst av remiss till första specialistklinik, datum .....                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Insändes till<br>Regionalt cancercentrum    |  |
| <input type="checkbox"/> Komplett registrering kan inte utföras pga att uppgifter saknas                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Tumör</b>                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Tumörens lokalisering (enl. ICDO-3, se sida 2): .....                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tumörstorlek (anges i mm).....              |  |
| Kontrastuppladdning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Tumörlokaler</b>                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Höger<br><input type="checkbox"/> Vänster<br><input type="checkbox"/> Bilateralt<br><input type="checkbox"/> Centralt<br><input type="checkbox"/> Multilobulär<br><input type="checkbox"/> Multifokalt                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Patientuppgifter</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Rökvanor                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Aldrig rökare (eller endast feströkt)<br><input type="checkbox"/> Före detta rökare (rökfri > ett år)<br><input type="checkbox"/> Rökare (daglig rökning under minst ett år)<br><input type="checkbox"/> Okänt                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |  |
| Tidigare given strålbehandling mot huvudet                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | År för tidigare given strålbehandling ..... |  |
| Genomgången endovaskulär behandling för intrakraniella aneurysm och kärlmissbildningar                                                                 | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | År för endovaskulär behandling .....        |  |
| <b>Symtom vid insjuknande</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Symtomfri <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                     | Minst ett alternativ nedan besvaras med Ja<br>Fokalneurologiska <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>Epilepsi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>Trycksymtom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>Kognitions- och/eller personlighetsförändring <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>Huvudvärk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja<br>Kranialnervssymtom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |                                             |  |
| <b>Diagnosuppgifter</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Diagnosdatum enl. första bilddiagnostik .....                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Diagnostiska undersökningar</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Datortomografi                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |  |
| MRT                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |  |
| PET                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                             |  |
| Annat                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |  |
| <b>SNOMED (rtg)</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 80000 Benign tumör                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 80001 Misstänkt malign/oklart benign eller malign                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 90643 Germinom                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 80003 UNS malign tumör — <input type="checkbox"/> Misstänkt högmalign <input type="checkbox"/> Misstänkt lågmalign            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 93803 Hjärnstamsgliom                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Planerad behandling</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Har patienten, i journal dokumenterad, namngiven kontaktsjuksköterska <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| MDT – konferens (före behandling) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, datum: .....                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Planerad första behandling/åtgärd</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Icke-kirurgisk behandling                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid sjukhus .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....klinik.....                            |  |
| Kirurgisk behandling (inkl biopsi)                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid sjukhus .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....klinik.....                            |  |
| Symtomlindrande behandling                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid sjukhus .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....klinik.....                            |  |
| Exspektans                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vid sjukhus .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | .....klinik.....                            |  |
| <b>Funktionsgrad enligt WHO</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 0. Klarar all normal aktivitet utan begränsning                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 1. Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 3. Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 4. Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| <b>Hemortssjukhus</b>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |
| Hemortssjukhus/klinik .....                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |  |

**SYMPTOM**

Avser om patienten preoperativt har eller har haft fokalneurologiska symptom eller epilepsi som bedömes orsakade av tumören.  
Symtomfri = patient utan symptom relaterat till tumörsjukdom.

**LOKAL** Tumörens lokalisation enligt det kliniska läget (topografi) som i ICD-O3.

C71.0 Storhjärna (cerebrum)  
 C71.1 Frontallob  
 C71.2 Temporallob  
 C71.3 Parietallob  
 C71.4 Occipitallob  
 C71.5 Hjärnventriklar med plexus choroideus exkl fjärde ventrikeln  
 C71.6 Lillhjärna (cerebellum)  
 C71.7 Hjärnstam inkl fjärde ventrikeln med plexus choroideus  
 C71.8 Corpus callosum  
 C71.8 Överväxt till/från angränsade sublokal inom C71 med okänt ursprung  
 C71.9 Hjärna UNS inkl intrakraniellt läge  
 C72.2 Luktnerf (nervus olfactorius) inkl luktbulb (bulbus olfactorius)  
 C72.3 Synnerv (nervus opticus) inkl synnervskorsning (chiasma opticum)  
 C72.4 Hörselnerv (nervus acusticus/vestibularis)  
 C72.5 Kranialnerv UNS  
 C72.8 Överväxt till/från angränsade sublokal med okänt ursprung inom C70-C72.5  
 C75.3 Tallkottkörtel (corpus pineale)

**DIAGNOSGRUND Bilddiagnostik**

- Man registrerar alla som är rtg-verifierade
- Rtg registreras enbart för de patienter där operation inte planeras
- Anmälade klinik blir den klinik som röntgensvaret kommer till

2024-08-23