

INVASIVT HUDMELANOM – ANMÄLAN

Nationellt kvalitetsregister – SweMR

Gäller även som canceranmälan för hudmelanom

Insändes till respektive Regionalt cancercentrum	Inrapporterande sjukhus/klinik/ vårdcentral/privatmottagning	Patientdata						
		Inrapporteringsdatum <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2	0				
2	0							

Vårdnivå på första läkarbesök ☐ vårdcentral/hälsocentral ☐ hudmottagning/hudklinik ☐ kirurgklinik (även ÖNH. Plastik)

Datum för första läkarbesök¹

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

☐ annan vårdnivå

PRIMÄRA TUMÖRDATA - CANCERANMÄLAN

Lokalisation/sida ☐ höger ☐ vänster ☐ medellinje

Huvud/hals ☐ läpphud, över- och under
☐ ögonlock, övre och nedre samt ögonvrå
☐ ytteröra, inkl yttre hörselgång
☐ annan eller ospecificerad del av ansiktet
☐ huvudsvål och hals/nacke

Bål ☐ bål, inkl anus/perianalt, axill, ljumske och perineum
☐ fram ☐ bak ☐ inte tillämpligt

Övre extremitet ☐ övre extremitet och axel/skuldra
☐ handflata/subungualt (fingernagel)

Nedre extremitet ☐ nedre extremitet och höft
☐ fotsula/subungualt (tånagel)

Tumörens lokalisation, ytterligare specifikation i klartext:

Första provtagningsdatum

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

 (diagnosdatum i cancerregistret)

Teledermatoskopi² nej ja uppgift saknas
Dermatoskopi nej ja uppgift saknas (Behöver endast besvaras om frågan ovan besvarats med "nej" eller "uppgift saknas".)

Enbart primärtumör³ ☐ nej ☐ ja ☐ uppgift saknas
 (= inga kända metastaser)

Om Nej, specificera:

Regionala kliniska
 lymfkörtelmetastaser⁴ ☐ nej ☐ ja
 Satelliter/metastas in transit ☐ nej ☐ ja
 Fjärrmetastaser ☐ nej ☐ ja

Nedanstående ifylles och tages endast vid fjärrmetastas

Lokalisation av fjärrmetastaser:

Hud (ej regionala), muskler (M1a) ☐ nej ☐ ja
 Lunga (M1b) ☐ nej ☐ ja
 Viscerala organ (M1c) ☐ nej ☐ ja
 CNS (M1d) ☐ nej ☐ ja

LD-prov utfört ☐ nej ☐ ja uppgift saknas
 LD-prov förhöjt nej(0) ja(1)

TNM

T	--	--
---	----	----

N		
---	--	--

M		
---	--	--

 ()

T-stadium rapporteras från patologavdelning och behöver ej anges här.
 Blanketten fortsätter på nästa sida

2026-04/Regionalt cancercentrum sydöst



¹ Avser första läkarbesök då patienten sökte för aktuell hudförändring. Kan vara annan enhet än den inrapporterande. Om exakt datum inte är känt anges dag 15 i aktuell månad.

² Ange om bilder av hudförändringen skickats med teledermatoskopi eller bedömts med hjälp av dermatoskopi på den egna enheten.

³ Om "Ja" = patienten har ingen klinisk lymfkörtelmetastas och inga symtom på fjärr-metastaser; klassas N0, M0.

⁴ Avser kliniska lymfkörtelmetastaser (palpabla eller som har upptäckts via röntgen) och inte eventuella metastaser hittade vid sentinel node-kirurgi.

KIRURGISKA DATA
Primär kirurgi⁵

Datum för primär kirurgi

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Vårdenhet som utfört primär kirurgi.....

Typ av kirurgi

☐ excision + sutur

☐ hudtransplantation

☐ lambåplastik

☐ amputation

☐ annat (stansbiopsi, curettage, laserexc., övrigt)

Patologiavd.....

PAD-nr/år.....

Tumördiameter

--	--	--	--	--	--

mm ☐ okänt

Klinisk marginal⁶

--	--	--	--	--	--

mm ☐ okänt

(största kliniska mått, anges i mm)

Utvidgad kirurgi planerad
☐ nej

☐ ja, på egna kliniken

☐ ja, på annan klinik:

Sjukhus:

Klinik:

SNB/Lymfkörtelkirurgi
☐ nej

☐ ja

☐ vet ej

planerad
Om Ja måste orsak till lymfkörtelkirurgi anges:

Diagnostisk, sentinel node (SNB)

Terapeutisk, klinisk metastas

Annan orsak

Diagnosbesked till patienten utifrån PAD-svar efter första diagnostiska ingrepp

Datum

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Informationen har givits genom

☐ besök

enbart telefon

brev

annat

Patienten har erbjudits kontaktsjuksköterska⁷ (vid diagnostillfället)

☐ nej

☐ ja

☐ uppgift saknas

Utvidgad kirurgi (Ska ej fyllas i av enhet som endast gjort primär kirurgi.)

Datum för utvidgad kirurgi

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Utvidgad kirurgi ej utförd

Typ av kirurgi:

☐ excision + sutur

☐ hudtransplantation

☐ lambåplastik

☐ amputation

☐ annat

Ange orsak.....

Sjukhus och klinik/vårdcentral.....

Patologiavd.....

PADnr/år.....

Fri marginal till operationsärr⁸

--	--	--	--	--	--

mm ☐ okänt

SNB/Lymfkörtelkirurgi utförd
☐ nej

☐ ja

Om **planerad** SNB/Lymfkörtelkirurgi **ej utförts**, ange orsak:.....

Patienten har diskuterats på multidisciplinär konferens⁹
☐ nej

☐ ja

Patienten har eller har erbjudits en kontaktsjuksköterska
☐ nej

☐ ja

(Okänt = Nej)

Neoadjuvant behandling i samband med utvidgad kirurgi/lymfkörtelkirurgi

nej

ja

Adjuvant behandling i samband med utvidgad kirurgi/lymfkörtelkirurgi

nej

ja

Uppföljning planerad

nej

ja

Uppföljande enhet:

Inkluderad i studie

nej

ja

Interventionsstudie

Biobankstudie

Namn på studie:

⁵Första kirurgiska ingrepp som utförs med avsikt att avlägsna hela förändringen för histopatologisk undersökning

⁶Avser klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför primärkirurgin. Anges i mm.

⁷Avser i journalen dokumenterad kontaktsjuksköterska som patienten har namn och telefonnummer till.

⁸Avser fri klinisk marginal uppmätt av läkaren som utför ingreppet. Anges i mm.

⁹Avser en konferens med minst två specialister, t ex en patolog, en kirurg och en onkolog, närvarande.

¹⁰Avser uppföljning planerad i tre år enligt nationella riktlinjer. Även T1a-patienter som av särskilda skäl kommer att följas upp i tre år bör registreras som uppföljning planerad.