

# Nationellt kvalitetsregister för cancer i matstrupe och magsäck (NREV)

Manual för inrapportör för följande formulär:

- Diagnostik
- Operativ behandling
- Postoperativt förlopp

## Versionshantering – aktuella förändringar

Förteckning över förändringar de senaste två åren. Tidigare ändringar framgår av variabelbeskrivning: <https://cancercentrum.se/download/18.3de350c219545ea25bd9ec8/1740743794696/nrev-variabler-2024.pdf>

| Datum      | Formulär              | Variabelnamn                           | Ändring/korrigerig                                                                                                                              | Uppdaterat pappersformulär |
|------------|-----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 2023-05-26 | Alla                  |                                        | Revidering av manual. Registret frångått fliksystemet och byggts om till ett formlärregister                                                    | -                          |
| 2023-11-17 | Alla                  |                                        | Ny generisk uppdateringsfunktion                                                                                                                | -                          |
| 2024-02-08 | Alla                  | Ny ärendepanel                         | Dropplistan för åtgärd byts ut till generisk ärendepanel                                                                                        | 2024-02-08                 |
| 2024-02-08 | Diagnostik            | Prediktiva analyser                    | Förtydligande beskrivning om analyserna                                                                                                         | 2024-02-08                 |
| 2024-02-08 | Operativ behandling   | Peroperativ komplikation               | Ny variabel                                                                                                                                     | 2024-02-08                 |
| 2024-02-08 | Operativ behandling   | Kryoablation                           | Ny variabel                                                                                                                                     | 2024-02-08                 |
| 2024-04-10 | Operativ behandling   | Cx maxvärde och Mx maxvärde            | Höjts från 20 cm till 50 cm                                                                                                                     | 2024-04-10                 |
| 2024-04-10 | Operativ behandling   | Salvagekirurgi                         | Salvagekirurgi Ja/Nej ska ej besvaras om typ av ingrepp Endoluminal behandling                                                                  | 2024-04-10                 |
| 2024-06-10 | Alla                  | Exklusionskriterier                    | Patient som diagnostiserats i Sverige, men fått sin behandling i annat land registreras inte i detta register. Dessa ska däremot canceranmälas. | -                          |
| 2025-03-20 | Postoperativt förlopp | PAD radikalitet                        | Betydelsen av R0, R1 och R2 förtydligad.                                                                                                        | 2025-03-20                 |
| 2025-03-20 | Postoperativt förlopp | Tumörregression graderas enligt Becker | Ny variabel                                                                                                                                     | 2025-03-20                 |
| 2025-11-03 | Diagnostik            | Prediktiva analyser                    | Förtydligat MSI-L och MSI-H                                                                                                                     |                            |
| 2025-11-03 | Operativ behandling   | Operationsbeskrivning thorax och buk   | Tillägg: Robotassisterad kirurgi och Robotassisterad kirurgi med konvertering                                                                   |                            |
| 2026-01-15 | Alla                  | Ärendepanelen                          | Förtydligande text                                                                                                                              |                            |
| 2026-01-15 | Diagnostik            | Histologisk typ av tumör               | Höggradig Barrett dysplasi (körtelcancer in situ; TiS) registreras på diagnoskod C15.5.                                                         |                            |
| 2026-04-21 | Diagnostik            | Välgrundad misstanke                   | Definition av variabel                                                                                                                          |                            |

|            |            |  |                                                                                                    |  |
|------------|------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2026-07-03 | Diagnostik |  | Registrering när första prov visar in situ, nästa invasiv - förtydligande hur registrering ska ske |  |
|------------|------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Manualen är utarbetad av nationella stödteamet och styrgruppen för nationellt kvalitetsregister för matstrups- och magsäckscancer (NREV)

Manualen utgiven av: Regionalt Cancercentrum Norr

Uppdaterad juli 2026

# Innehållsförteckning

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| Bakgrund.....                                                     | 5  |
| Inloggning i INCA .....                                           | 5  |
| Patientrapporterade mått.....                                     | 5  |
| Stöd för inrapportering och support .....                         | 5  |
| Information innanför inloggning .....                             | 5  |
| Patientens rättigheter .....                                      | 6  |
| Inklusionskriterier .....                                         | 6  |
| Exklusionskriterier .....                                         | 6  |
| Dubbelcancrar .....                                               | 7  |
| Registrera formulär Diagnostik .....                              | 7  |
| Registrera formulär Operativ behandling .....                     | 7  |
| Registrera formulär Postoperativt förlopp .....                   | 8  |
| Vid ändring av tumörbehandlingens mål.....                        | 9  |
| Registrering när första prov visar in situ, nästa invasiv .....   | 9  |
| 1.      Rapportering i registret.....                             | 9  |
| 2.      För registeradministratör .....                           | 10 |
| Ärendepanel.....                                                  | 10 |
| 1.      Spara i register .....                                    | 10 |
| 2.      Skicka till.....                                          | 10 |
| 3.      Lämna i inkorg.....                                       | 10 |
| 4.      Radera .....                                              | 11 |
| 5.      Taggar.....                                               | 11 |
| 6.      Kommentar.....                                            | 11 |
| Funktioner i INCA .....                                           | 11 |
| Registrera nytt formulär .....                                    | 11 |
| Koppla registrering .....                                         | 12 |
| Ändra koppling.....                                               | 12 |
| Avbryt koppling.....                                              | 13 |
| Uppdatera/korrigera.....                                          | 13 |
| Rapportering av ofullständigt formulär när uppgifter saknas ..... | 13 |
| Granska .....                                                     | 14 |
| Beskrivning över registrets uppbyggnad .....                      | 14 |
| Flödesschema .....                                                | 14 |
| Översikt över rapporterade formulär i registret .....             | 14 |
| Generella inrapporteringsuppgifter .....                          | 15 |
| Personuppgifter .....                                             | 15 |
| Ärendeuppgifter .....                                             | 15 |
| Beskrivning av variabler i formulär Diagnostik .....              | 17 |
| Beskrivning av variabler i formulär Operativ behandling .....     | 27 |
| Beskrivning av variabler i formulär Postoperativt förlopp .....   | 40 |
| Visning av klinikkens registerdata .....                          | 56 |

## Bakgrund

Nationellt kvalitetsregister för matstrups- och magsäckscancer omfattar patienter i alla åldrar med nydiagnostiserad cancer och/eller förstadier till cancer i matstrupe eller magsäck, oavsett behandling. Även patienter som inte får någon behandling samt patienter som är utredda i utlandet men behandlade i Sverige ingår i registret. Årligen inrapporteras data på knappt 1200 patienter från drygt 60 vårdenheter. Det övergripande syftet är att från ett sjukvårds- och patientperspektiv öka förståelsen för cancer i matstrupe och magsäck och kunna ge ett bra underlag för konkret kvalitetsarbete och forskning.

## Inloggning i INCA

För att logga in i INCA krävs ett användarkonto samt SITHS-kort. Utförlig information finns här: <https://cancercentrum.se/stod-for-kvalitetsregister/om-inloggning/> INCA fungerar bäst i webbläsare Google Chrome, men fungerar även i Edge.

## Patientrapporterade mått

Patientrapporterade utfalls- och erfarenhetsmått (PROM och PREM) samlas in till registret vid 6 och 12 månader efter diagnos. Insamlingen administreras av RCC Norr. Data presenteras i registrets årsrapporter.

## Stöd för inrapportering och support

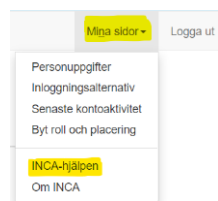
Kontaktuppgifter till support och information om kvalitetsregistret (blanketter för utskrift, manualer och variabelbeskrivning) finns på registrets webbsida:

<https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/cancerdiagnoser/matstrupeochmagsack/kvalitetsregister.3533.html>

## Information innanför inloggning

Fördjupad information om funktioner i INCA finns under Mina sidor i INCA-hjälpen

Mina sidor – INCA-hjälpen



Mina sidor – INCA-hjälpen – Administration – Patientuppgifter – Sekretess



## Patientens rättigheter

Information om patientens rättigheter finns under rubrik ”Patientens rättigheter” när du loggat in i INCA. Där finns information om patienten tackar nej till deltagande, s k OPT-OUT.



## Inklusionskriterier

Enbart nydiagnostiserade fall med tumörer i esofagus/cardia/ventrikel ska registreras. Alla fall med invasiv cancer, cancer in situ samt grav dysplasi ska ingå i registret. Detta gäller oavsett behandling. Även patienter som inte får behandling ska inkluderas. Alla åldrar ska registreras.

Det förutsätts att patienten är informerad om att uppgifter lagras i kvalitetsregister, men skriftligt samtycke krävs inte.

## Lägeskod enligt ICD-O-3

- C15.0-C15.9
- C16.0-C16.9

## Morfologisk diagnos / SNOMED3-kod (International Classification of Diseases for Oncology)

- Adenocarcinom in situ
- Adenocarcinom
- Skivepitelcancer in situ
- Skivepitelcancer
- Odiff cancer in situ/Carcinom in situ
- Odiff cander/Carcinom
- Precancerös tumör, ospecificerad
- Malign tumör, ospecificerad

## Exklusionskriterier

- Tumörfynd upptäckta vid obduktion
- Fall då PAD endast anger misstanke om cancer
- Malignt melanom, GIST, lymfom, sarkom, carcinoider och neuroendokrina tumörer registreras inte i detta register. Dessa ska däremot canceranmälas
- Patient med skyddad identitet
- Patienter som inte är folkbokförda i Sverige vid diagnos
- Patient med reservnummer/samordningsnummer
- Patient som diagnostiserats i Sverige, men fått sin behandling i annat land registreras inte i detta register. Dessa ska däremot canceranmälas.

## Dubbelcancrar

Ibland förekommer mer än en primärtumör i matstrupen eller i magsäcken. Cancerregistret behandlar varje primärtumör som en unik post medan kvalitetsregistret mer registrerar vad som hänt med patienten oavsett hur många primärtumörer som identifierats.

*Ex 1. Två olika primärtumörer* exempelvis lymfom och adenocarcinom i ventrikeln.

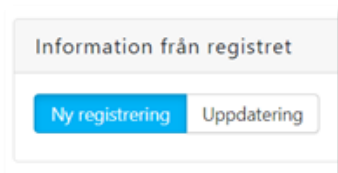
Cancerregistret kräver två separata canceranmälningar. För patientens del blir det i detta fall två olika behandlingsformer, en för lymfomet och en för adenocarcinomet. Lymfomet registreras inte i NREV utan i lymfomregistret. Adenocarcinomet som vanligen kräver operation registreras i NREV.

*Ex 2. Två primärtumörer av samma typ* exempelvis olika former av adenocarcinom i ventrikeln med två separata härdar. I detta fall genomgår patienten samma behandling oavsett om patienten har mer än en tumör. **Två Diagnostikformulär ska rapporteras in.** Det är dock den mest "allvarliga" tumören som styr behandlingen. Därför ska enbart **ett** fullständigt ifyllt formulär av t.ex. **Operativ behandling, Postoperativt förlopp, Neoadjuvant behandling** rapporteras in. Till övriga tumörer kopplas formulär där variabeln "Tumörbehandling utförd i samband med annan huvudbehandling" är ikryssad.

## Registrera formulär Diagnostik

För beskrivning av person- och ärendeuppgifter, se rubrik *Generella inrapporteringsuppgifter sida 15*. För beskrivning av *variabler i formulär Diagnostik*, se sida 17.

- Diagnostik insändes direkt efter att PAD-svaret kommit till kliniken
- Formulär Diagnostik gäller som canceranmälan
- Samtliga uppgifter är obligatoriska
- Välj formulär i rullisten där registrering ska ske och välj "Skapa ärende".
- "Ny registrering" är förvalt då det till stor del är just nya registreringar som görs. Om det ännu inte sparats någon information i registret kommer det inte finnas något att koppla formuläret till.



- Registrera variabler i formuläret.
- Om inrapportering gäller uppdatering av tidigare insänd Diagnostik, välj "Uppdatering" och koppla till det formulär som ska uppdateras. *Se kapitel uppdatering sida 13.*
- Välj "Spara i register". Formuläruppgifterna sparas direkt i registret, men formuläret skickas även till registeradministratör för hantering och uppdatering i cancerregistret.

## Registrera formulär Operativ behandling

För beskrivning av person- och ärendeuppgifter, se rubrik *Generella inrapporteringsuppgifter sida 15*. För beskrivning av *variabler i formulär Operativ behandling*, se sida 27.

- Formulär Operativ behandling ska fyllas i för varje utfört ingrepp. Enbart behandling med stent ska inte registreras.
- Välj formulär i rullisten där registrering ska ske och välj ”Skapa ärende”.
- Koppla formuläret till befintlig Diagnostik i rullisten ”Välj registerpost”.

Information från registret

**Ny registrering** Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

- Välj -

Diagnostik - Diagnosdatum: 2018-03-01, Diagnoskod (ICD O/3): C15.0 Cervikal esofagus, Registerpost-id: 159388

Diagnostik - Diagnosdatum: 2019-01-01, Diagnoskod (ICD O/3): C15.3 Övre tredjedelen av esofagus, Registerpost-id: 159383

Diagnostik - Diagnosdatum: 2019-02-03, Diagnoskod (ICD O/3): C16.9 Magsäck UNS, Registerpost-id: 159290

☐ Uppgifter saknas och formulär kan ej fyllas

- Registrera variabler i formuläret.
- I det fall det inte finns någon registerpost = Diagnostik ännu ej inrapporterad, välj ”Ny registrering”.

Information från registret

**Ny registrering** Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

- Om inrapportering gäller uppdatering av tidigare insänd Operativ behandling, välj uppdatering och koppla till det formulär som ska uppdateras. *Se kapitel uppdatering sida 13.*
- Välj ”Spara i register”. Formuläruppgifterna sparas direkt till registret utan att hanteras av registeradministratör.

## Registrera formulär Postoperativt förlopp

För beskrivning av person- och ärendeuppgifter, se rubrik *Generella inrapporteringsuppgifter, sida 15.*  
För beskrivning av *variabler i formulär Postoperativt förlopp, se sida 40.*

- Formulär Postoperativt förlopp rapporteras in om resektion/ablation av tumören besvarats med Ja i formulär Operativ behandling.
- Postoperativt förlopp rapporteras en gång för varje operation.
- Välj formulär i rullisten där registrering ska ske och välj ”Skapa ärende”.
- Koppla formuläret till tidigare inrapporterad ”Operativ behandling” i rullisten ”Välj registerpost”.

Information från registret

**Ny registrering** Uppdatering Välj den post som Postoperativt förlopp ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

- Välj -

Diagnostik - Diagnosdatum: 2021-05-04, Diagnoskod (ICD O/3): C15.8 Malign tumör i esofagus m övergripande växt, Registerpost-id: 157825

Operativ behandling - Inrapportör: Kerstin Rehs, Inrapporterande enhet: OC Norr (6) - NUS Umeå (064001) - Kir klin (301), Datum för ifyllande: 2021-11-02, Typ av ingrepp: (Ej angivet), Registerpost-id: 7463

Diagnostik - Diagnosdatum: 2022-03-03, Diagnoskod (ICD O/3): C16.0A Cardia Typ I, Registerpost-id: 159032

Operativ behandling - Inrapportör: Eriksson, Inrapporterande enhet: OC Norr (6) - Hånsåsänd sjukhus (062012) - Kir klin (301), Datum för ifyllande: 2022-11-01, Typ av ingrepp: Endoluminal behandling, Registerpost-id: 8871

Diagnostik - Diagnosdatum: 2021-12-04, Diagnoskod (ICD O/3): C15.9 Matstrupen UNS, Registerpost-id: 159179

Operativ behandling - Inrapportör: Birgitta Fransson, Inrapporterande enhet: OC Norr (6) - NUS Umeå (064001) - Kir klin (301), Datum för ifyllande: 2022-11-09, Typ av ingrepp: Partiell resektion ventrikel, Registerpost-id: 8872

Operativ behandling - Inrapportör: Eriksson, Inrapporterande enhet: OC Norr (6) - NUS Umeå (064001) - Kir klin (301), Datum för ifyllande: 2022-08-19, Typ av ingrepp: Partiell resektion esofagus, Registerpost-id: 8849

☐ Uppgifter saknas och formulär kan ej fyllas

? Testsson, Testor 630189XX-XX6X

- Formulär ”Operativ behandling” måste vara inrapporterad före ”Postoperativt förlopp” kan sparas i register eller skicka till RCC, detta med anledning av att ”Postoperativt förlopp” kopplas till ”Operativ behandling”.

! Det går inte att skicka till RCC utan att koppla till operativ behandling.



### Inrapportering kan ej genomföras!

Ärende behöver kopplas till befintlig Operativ behandling innan inrapportering sker.

- Om rapportering av Postoperativt förlopp sker före Operativ behandling välj ”Ny registrering” och spara formuläret i egen inkorg i väntan på formulär ”Operativ behandling” är rapporterad till registret.
- Om inrapportering gäller uppdatering av tidigare insänd Postoperativ förlopp, välj uppdatering och koppla till det formulär som ska uppdateras. *Se kapitel uppdatering sida 13.*
- Välj ”Spara i register”. Formuläruppgifterna sparas direkt till registret utan att hanteras av registeradministratör.

## Vid ändring av tumörbehandlingens mål

Diagnostiserande klinik beslutar efter MDK vilken behandling patienten ska genomgå och detta anges i formulär Diagnostik. Av olika anledningar kan det dock hända att den ursprungliga behandlingsplanen ändras.

**Tumörbehandlingens mål**

Kirurgisk/Endoluminal behandling

Onkologisk behandling

Kurativ

- Välj -

Kurativ

Palliativ

Ingen tumörinriktad behandling

I Diagnostik rapporteras den planerade behandlingen i tumörbehandlingens mål. De förväntade formulär enligt den ursprungliga behandlingsplanen måste fyllas i, annars kommer dessa att falla ut som saknade i bevakningsmallarna. Även om behandlingsplanen ändras, ska ingen ändring göras i formulär Diagnostik. Detta för att kunna mäta/redovisa den intentionen oavsett hur det sedan gick för patienten och dennes behandling.

## Registrering när första prov visar in situ, nästa invasiv

*Exempel:* En patient där första provet visar höggradig dysplasi/cancer in situ och vidare utredning/operation visar invasiv cancer. Det är alltså samma tumör som utreds. Ingen ny tumör ska registreras om det inte klart framgår att det är flera separata tumörer.

### 1. Rapportering i registret

#### Formulär Diagnostik

- Diagnosdatum: Första PAD som visar histologisk typ av tumör: Adenocarcinom in situ/Skivepitelcancer in situ/Odiff cancer in situ
- T-stadium = Tis (carcinoma in situ, grav dysplasi)
- N-stadium = N0
- M-stadium = M0

#### Formulär Postoperativt förlopp

- Histologisk typ av tumör från operationspreparat = Adenocarcinom/Skivepitelcarcinom/Odiff cancer

Obs! Ingen ändring i Diagnostikformuläret ska göras. Detta för att kunna mäta/redovisa intentionen oavsett hur det sedan gått för patienten och dennes behandling.

I formuläret Postoperativt förlopp fångar registret upp att det är en invasiv tumör.

## 2. För registeradministratör

Tumören uppdateras i cancerregistret till invasiv när sådan information inkommit. Ingen ny tumör ska registreras om det inte klart framgår att det är flera separata tumörer.

## Ärendepanel

Ärendepanel är en gruppering knappar avsedda för hantering av inrapporteringsformulär i kvalitetsregister. Ärendepanel erbjuder möjlighet till användaren att spara ett formulär i register, skicka ett formulär till en annan inkorg eller behålla ett formulär i egna inkorgen.

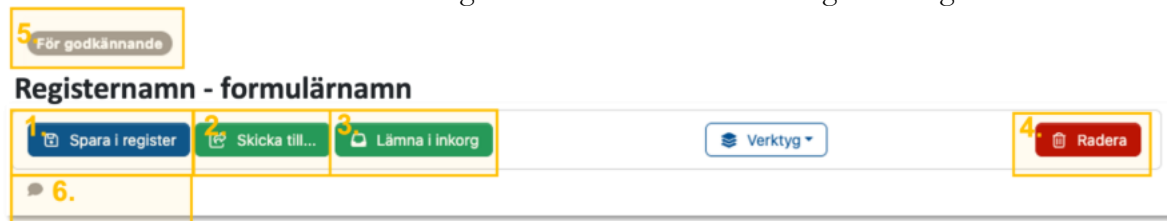


Bild 1 Ärendepanel

### 1. Spara i register

Ett formulär sparas i registret genom knappen ”Spara i register”. Detta kan utföras när en registrering är komplett. Alla formulär utom följande undantag sparas direkt i registret:

- ”Uppgift saknas. Komplet registrering kan inte utföras” har kryssats i
- Formuläret gäller en uppdatering samtidigt som samma formulär för denna patient finns pågående i ett annat ärende i den egna eller annan inkorg.

Om ärendet gäller ett formulär som innehåller data som ska sparas i cancerregistret (byt till formulärnamnet) sparas ärendet i registret samt skickas till RCC i den egna regionen. I det modalfönster som öppnas via ”Spara i register” finns det möjlighet att ange en kommentar.

### 2. Skicka till...

Ett ärende skickas till en annan inkorg genom knappen ”Skicka till...”. I det modalfönster som öppnas via ”Skicka till...” finns det möjlighet att ange en kommentar.

”Skicka till” kan utföras i följande lägen:

- När ”Uppgift saknas. Komplet registrering kan inte utföras” har kryssats i
- Formuläret gäller en uppdatering samtidigt som samma formulär för denna patient finns pågående i ett annat ärende i den egna eller annan inkorg.
- Om det finns någon annan registerspecifik variabel som ska leda till att formuläret skickas i stället för sparas.

### 3. Lämna i inkorg

Ett ärende kan lämnas kvar i inkorgen genom knappen ”Lämna i inkorg”.

I det modalfönstret som öppnas via ”Lämna i inkorg” finns det möjlighet att ange följande, som också visas i klinikens inkorg:

- **Lägg till tagg:** Taggen ”För godkännande” anges om någon på kliniken ska granska rapporteringen innan det sparas i registret.
- **Kommentar:** Lägg till kommentar vid behov. Kommentaren följer med formuläret. Den visas för och ändras av både inrapportör och registeradministratör.
- **Ansvarig inrapportör:** Ange ansvarig person vid behov, information om detta visas i inkorgen.
- **Bevakningsdatum för inrapportering:** Ange ett datum då någon information ska kontrolleras för formuläret. Datumet kommer att visas i inkorgen.

## 4. Radera

Används när formuläret ska raderas helt. Åtgärden kan inte ångras. ”Radera” kan inte utföras om ärendet är taggat med information från RCC registeradministratören, ”Delsparat”, ”Komplettera”, ”På remiss”, ”Påminnelse”.

## 5. Taggar

I formuläret kan det finnas taggar som anger information om formulärets status. Följande taggar kan visas i inkorgen och i formulären: ”Påminnelse”, ”Komplettera”, ”På remiss”, ”Brådskande”, ”Delsparat”. Som inrapportör kan man tagga ett ärende med ”För godkännande” när ärendet lämnas i den egna inkorgen.

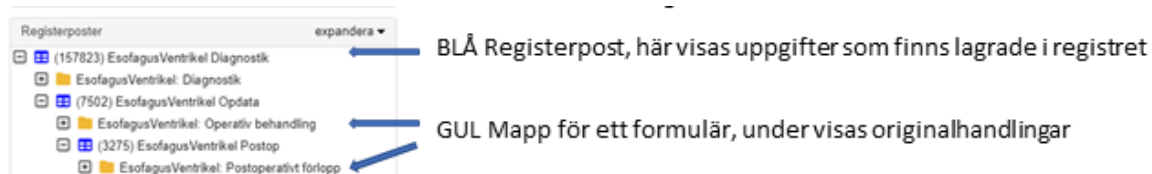
## 6. Kommentar

Här visas kommentarer som finns skrivna på ärendet.

# Funktioner i INCA

## Registrera nytt formulär

- För att se om registrering redan är utförd för aktuell tumör, se i ”Registerposter” i kolumn till vänster.



- Välj formulär i rullisten där registrering ska ske och välj ”Skapa ärende”.

Välj formulär

-- Välj formulär --

-- Välj formulär --

Diagnostik

Operativ behandling

Postoperativt förlopp

Neoadjuvant behandling

Adjuvant behandling

Definitiv kemoradioterapi

Palliativ onkologisk behandling

\_Onkologisk uppföljning

Onkologisk uppföljning

Mail formulär

- ”Ny registrering” är förvalt då det till stor del är just nya registreringar som görs. Om det ännu inte sparats någon information i registret kommer det inte finnas något att koppla formuläret till.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering

## Koppla registrering

Finns det redan någon registrering (kallad registerpost) sparad i registret ska du koppla din registrering till registerposten genom att välja den från listan. Här ska den registerpost väljas som den pågående registreringen hör ihop med.

- Listan ’Välj registerpost’ visas.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

- Välj -

Diagnostik - Diagnosdatum: 2018-03-01, Diagnoskod (ICD O/3): C15.0 Cervikala esofagus, Registerpost-id: 159388

Diagnostik - Diagnosdatum: 2019-01-01, Diagnoskod (ICD O/3): C15.3 Övre tredjedelen av esofagus, Registerpost-id: 159383

Diagnostik - Diagnosdatum: 2019-02-03, Diagnoskod (ICD O/3): C16.9 Magsäck UNS, Registerpost-id: 159290

☐ Uppgifter saknas och formulär

- I listan klickar du på den registerpost som du vill koppla registreringen till. Då visas texten ’Kopplad till registerpost’ i en grön ruta, med information till höger om rutan.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

Diagnostik - Diagnosdatum: 2018-11-05, Diagnoskod (ICD O/3): C16.5 Curvatura mi

Kopplad till registerpost (136622) Diagnostik Diagnosdatum 2018-11-05 Diagnoskod (ICD O/3) C16.5 Curvatura minor UNS Registerpost-id 136622

- Registreringen är nu kopplad till registerposten och du kan fortsätta registrera formuläret som vanligt. När du sedan sparar registreringen sparas den i rätt registerpost.

## Ändra koppling

Vill du byta registerpost att koppla till väljer du istället en annan registerpost i listan, se ovan.

## Avbryt koppling

1. Om du har kopplat ärendet till fel registerpost går det att avbryta kopplingen. Klicka på listan igen och välj alternativet '- Välj -'.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

- Välj -

Diagnostik - Diagnosdatum: 2021-12-04, Diagnoskod (ICD O/3): C15.9 Matstrupen UNS, Registerpost-id: 159179

Diagnostik - Diagnosdatum: 2022-03-03, Diagnoskod (ICD O/3): C16.0A Cardia Typ I, Registerpost-id: 159032

Diagnostik - Diagnosdatum: 2021-05-04, Diagnoskod (ICD O/3): C15.8 Malign tumör i esofagus m övergripande växt, Registerpost-id: 157825

2. Nu försvinner den text som tidigare visats. Det betyder att du inte har kopplat ärendet till någon registerpost längre.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering Välj den post som Operativ behandling ska kopplas till i listan nedan.

Välj registerpost

- Välj -

## Uppdatera/korrigera

För att uppdatera/korrigera en redan sparad registrering används funktionen ”Uppdatering”. Funktionen används också när palliativ behandlingslinje 2,3 osv ska rapporteras.

1. Välj nytt ärende och välj det formulär som du vill uppdatera.
2. Klicka på ”Uppdatering”

Information från registret

Ny registrering Uppdatering

3. Listan ’Välj formulär (för uppdatering)’ visas upp. För att välja registerpost att uppdatera klickar du på ’- Välj -’.
4. Nu visas texten ”Kopplad till registerpost” i en grön ruta, med information till höger om rutan och direkt läses den registrering in som du vill uppdatera.

Information från registret

Ny registrering Uppdatering Du har angett att en registrerad Palliativ behandling ska uppdateras. Välj den Palliativ behandling som ska uppdateras i listan nedan.

Välj Palliativ behandling (för uppdatering)

Palliativ behandling - Inrapportör: Birgitta Fransson, Inrapporterande enhet: OC Norr (6) - NUS Umeå (064001)

Kopplad till registerpost (4943) Palliativ behandling Inrapportör Birgitta Fransson Inrapporterande enhet OC Norr (6) - NUS Umeå (064001) - Kir klin (301) Datum för ifyllande 2023-11-16 Situation Primärt generaliserad eller icke-resektabel sjukdom

5. Nu kan du justera de variabler som ska ändras och sedan spara ändringarna, välj ”Spara” i register”.

## Rapportering av ofullständigt formulär när uppgifter saknas

I vissa fall kan inte alla obligatoriska uppgifter rapporteras i formuläret. För dessa fall finns en kryssruta ”Uppgifter saknas och formuläret kan ej fyllas komplett. Obligatoriska fält lämnas utan värde”. Kryssrutan bör användas med försiktighet eftersom alla kontroller då inaktiveras. Om kryssrutan markeras så måste en kommentar skrivas som förklaring varför kryssrutan är

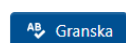
markerad. Observera att formuläret skickas till RCC för manuell hantering av registeradministratör innan det sparas ner i registret, välj knapp ”Skicka till...”

☐ Uppgift saknas. Kompletter registrering kan inte utföras.

## Granska

Funktionen ”Granska” är ett enkelt sätt att se om någon obligatorisk variabel saknas eller om ett ifyllt värde inte matchar variabelns förväntade värden.

För att granska formuläret, klicka på knappen ”Verktyg” som finns överst i formulären.

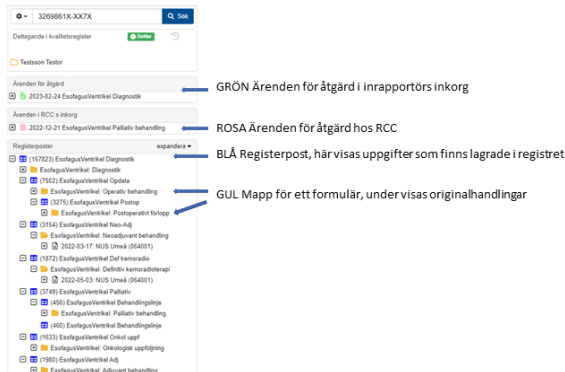


Resultatet för granskning redovisas utifrån de kontroller som finns i formuläret.



## Beskrivning över registrets uppbyggnad

Registret består av 8 formulär. Alla formulär förutom ”Postoperativ behandling” kopplas till ”Diagnostik”. Formulären kan endast fyllas i en gång (förutom Onkologisk uppföljning som kan fyllas i för 1, 2 och 3-års uppföljning).



## Flödesschema

Flödesschema som visar när formulär ska fyllas i och vilken variabel som styr då nytt formulär ska rapporteras in:

[https://cancercentrum.se/download/18.3de350c219545ea25bd9ebf/1740743751769/formularyguide\\_230517.pdf](https://cancercentrum.se/download/18.3de350c219545ea25bd9ebf/1740743751769/formularyguide_230517.pdf)

## Översikt över rapporterade formulär i registret

En översiktsbild för att få snabb översikt med information om tidigare inrapporterade formulär som finns nedspärade i registret.

## OBS!

Om följande kopplingsuppgifter inte stämmer Välj annan befintlig Diagnostik att koppla till.

|                           | Datum                               | Läge (ICD)                         | T                                               | N  | M  |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|----|----|
| Diagnostik                | Diagnosdatum 2021-01-01             | C15.0 Cervikala esofagus           | T1a-Tumörinvtill lamina propria el musc mucosae | N0 | M1 |
| Operativ behandling       | Operationsdatum 2021-11-01          | C15.3 Övre tredjedelen av esofagus |                                                 |    |    |
| Neoadjuvant behandling    | Datum för inrapportering 2022-03-17 |                                    |                                                 |    |    |
| Adjuvant behandling       | Datum för inrapportering 2022-05-03 |                                    |                                                 |    |    |
| Definitiv kemoradioterapi |                                     |                                    |                                                 |    |    |
| Palliativ behandling      | Datum för inrapportering 2022-05-03 |                                    |                                                 |    |    |
| Onkologisk uppföljning    |                                     |                                    |                                                 |    |    |

♂ Testsson, Testor

3052599X-XX7X



Diagnostik

Operativ behandling

Postoperativt förlopp

Onkologisk behandling

### Antal registreringar

|                                |                                |                                |                     |                     |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|
| Operativ behandling            |                                | 5                              |                     |                     |
| Operativ behandling 2021-10-01 | Operativ behandling 2021-02-01 | Operativ behandling 2021-01-01 | Operativ behandling | Operativ behandling |
| Inrapporteringsuppgifter       |                                |                                |                     | ▼                   |

## Generella inrapporteringsuppgifter

Uppgifterna nedan gäller för samtliga formulär i kvalitetsregistret för matstrups- och magsäckscancer (NREV)

### Personuppgifter

| Personuppgifter | Beskrivning                                                                                                                  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personnummer    | Personnummer, t.ex. 19xxxxxxxxxx                                                                                             |
| Patientens namn | Patientens förnamn och efternamn, hämtas automatiskt från befolkningsregister                                                |
| Adress          | Hämtas automatiskt från befolkningsregister                                                                                  |
| Kön             | K = Kvinna M= Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister                                                                |
| Dödsdatum       | Dödsdatum hämtas automatiskt från befolkningsregister                                                                        |
| LK              | Kod för län och kommun (LK)<br>Hämtas automatiskt från befolkningsregistret<br>Kan vid behov ändras av registeradministratör |
| Distriktsskod   | Hämtas automatiskt från befolkningsregister                                                                                  |

### Ärendeuppgifter

Uppgifterna nedan gäller för alla formulär i kvalitetsregistret för matstrups- och magsäckscancer (NREV)

Variabler som gäller som canceranmälan är markerade med \*

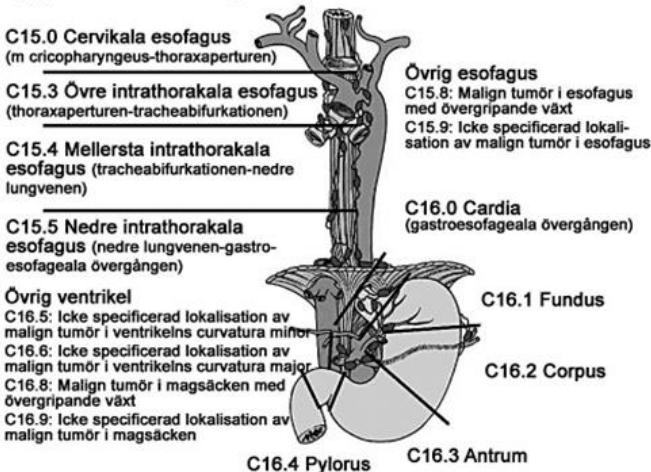
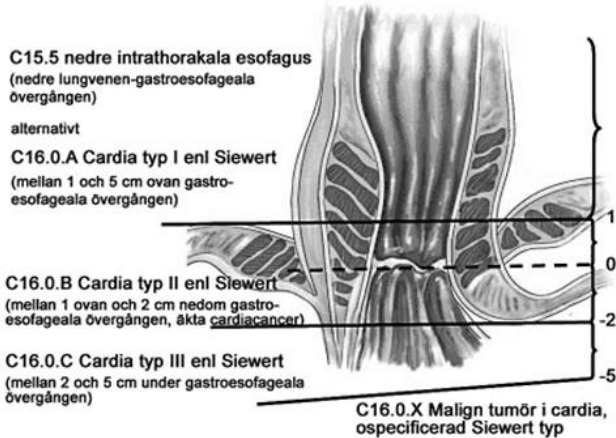
| Ärendeuppgifter                | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Initierat av</i>            | Namn på den person som initierar en inrapportering. Hämtas automatiskt från användarens inloggningsuppgifter på INCA.                                                                                                                                                                                               |
| <i>Inrapportör</i>             | Anmälade inrapportör. Uppgiften hämtas automatisk från INCA.<br><br>Om flera varit inblandade i inrapportering av posten ser man här namnet på den senaste inrapportören.<br><br>Hämtas automatiskt från systemvariabel, inrapportör, i de fall då formuläret är inrapporterat via webben. Lagras i registerposten. |
| <i>Sjukhus, klinik*</i>        | Inrapporterande sjukhus och klinik. Hämtas automatiskt från INCA                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Läkare</i><br>Obligatoriskt | Namn på läkare som ansvarar för inrapporteringen                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Datum för ifyllande</i>     | Datum då inrapportering skickas till Regionalt cancercentrum<br>Hämtas automatiskt från systemet                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Ålder vid diagnos</i>       | Beräknas automatiskt i INCA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

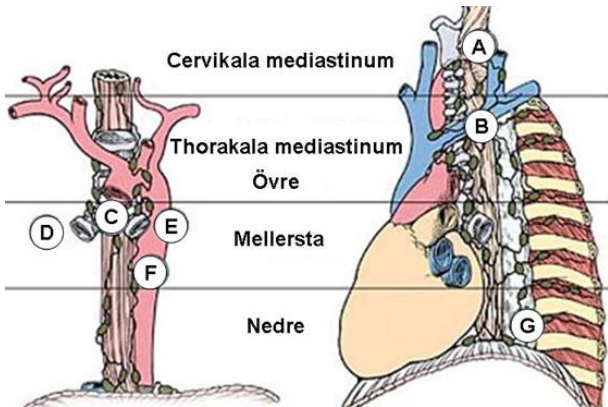
## Beskrivning av variabler i formulär Diagnostik

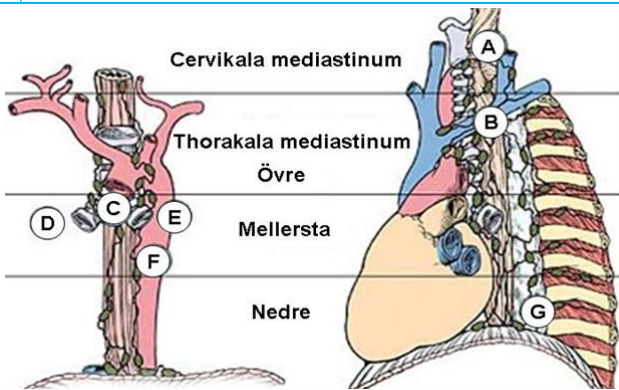
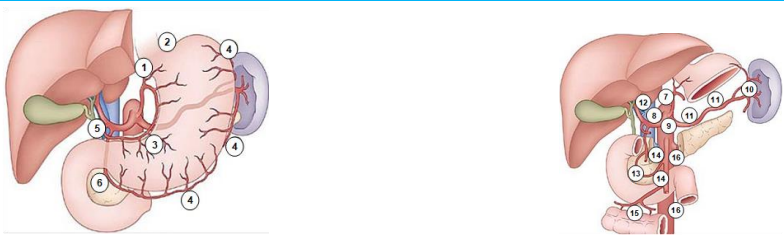
Variabler som gäller som canceranmälan är markerade med \*

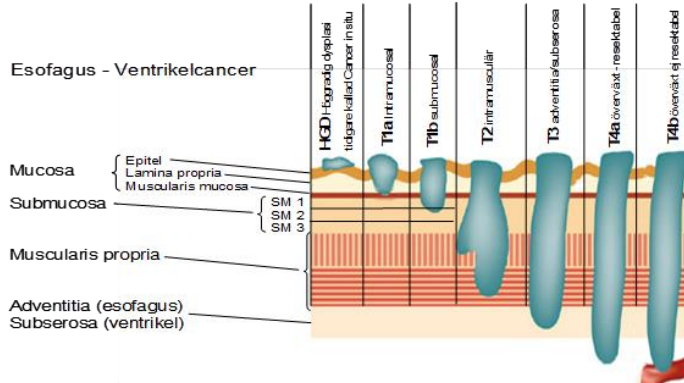
| DIAGNOSTIK                                                                                                            | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Datum då remiss registrerades eller då patienten sökte själv</i><br>Obligatorisk                                   | Ange datum då remiss registrerades eller då patienten sökte själv på inrapporterande klinik. Ska vara tidigare än datum för behandlingsbeslut/eventuellt operationsdatum.<br>Ååååmmdd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Uppgift saknas om välgrundad misstanke</i>                                                                         | Kryssas i om uppgiften om välgrundad misstanke saknas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Datum för välgrundad misstanke om cancer</i><br>Obligatorisk                                                       | Tidpunkten då en läkare bedömer att fynd eller symtom motiverar utredning enligt SVF. Datumet journalförs och startar mätningen av de nationella ledtiderna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Patient inkluderad i SVF</i><br><i>Obligatorisk och synlig om inte uppgift om välgrundad misstanke är ikryssad</i> | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Diagnosdatum*</i><br>Obligatorisk                                                                                  | Diagnosdatum är provtagningsdatum för biopsi eller datum för klinisk diagnos om PAD/cytologi saknas. Biopsin kan vara tagen från primärtumör eller metastas.<br><br>Om både cytologi och PAD finns anges tidigaste datum.<br><br>När diagnosdatum enbart baseras på kliniska grunder anges datum för undersökning eller iakttagelser som ligger till grund för diagnosen.<br><br>Felaktigt angivet diagnosdatum som grundar sig på PAD/cytologi kan av registeradministratör ändras enligt PAD/cytologi utan förfrågan till inrapportör. |
| <i>Biopsi utförd</i><br>Obligatorisk                                                                                  | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Biopsi utförd = Nej</i><br>Obligatorisk                                                                            | Ange om diagnosen baseras på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisk undersökning</li> <li>• Gastroskopi (utan biopsi). Detta anges som klinisk diagnosgrund i cancerregistret.</li> <li>• Röntgen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Biopsi utförd = JA</i>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Prepnr från biopsi*</i><br>Obligatorisk                                                                            | Ange PAD-nummer för det första preparat som verifierar invasiv cancer eller cancer in situ. Detta gäller även när preparatet är taget från en metastas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Prepår för biopsi*</i><br>Obligatoriskt                                                                            | Ange det år då preparatet togs och som finns angivet på PAD-svaret                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| DIAGNOSTIK                                                                                                       | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Diagnosgrund*</i></p> <p>Obligatoriskt</p>                                                                 | <p>Ange diagnosgrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAD</li> <li>• Cyt</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><i>Patologlab*</i></p> <p>Obligatoriskt om preoperativ biopsi är utförd</p>                                   | <p>Ange den patolog/cytologavdelning som utfört analysen.</p> <p>I INCA: Välj patologlab enligt rullista.</p> <p>På pappersformulär: Ange patolog/cytologlab i klartext.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><i>Histologisk typ av tumör*</i></p> <p>Synlig och obligatorisk om Biopsi utförd = Ja</p> <p>Obligatorisk</p> | <p>Ange histologisk typ av tumör. Endast ett alternativ ska anges.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenocarcinom</li> <li>• Skivepitelcancer</li> <li>• Odiff cancer</li> <li>• Adenocarcinom in situ/HGD</li> <li>• Skivepitelcancer in situ/HGD</li> <li>• Odiff cancer in situ/HGD</li> </ul> <p>Begreppet cancer i Barrett's esofagus innefattar grav dysplasi i Barrettslemhinnan, cancer in situ samt cancer i Barrett's esofagus. I de fall något av dessa tillstånd förekommer är det alltid ett adenocarcinom/ adenocarcinom in situ och ska klassas som detta. Adenocarcinom i esofagus kan alltså vara adenocarcinom med eller utan Barrett's esofagus, dvs alla adenocarcinom i esofagus är inte associerade med Barrett's esofagus. Höggradig Barrett dysplasi (körtelcancer in situ; TIS) registreras på diagnoskod C15.5.</p>                                                            |
| <p><i>Diagnoskod (ICD10)*</i></p> <p>Obligatorisk</p>                                                            | <p>Ange diagnoskod enligt ICD 10. Endast ett alternativ anges.</p> <p>C15.0 Cervikala esofagus</p> <p>C15.3 Övre tredjedelen av esofagus</p> <p>C15.4 Mellersta tredjedelen av esofagus</p> <p>C15.5 Nedre tredjedelen av esofagus</p> <p>C15.8 Tumör i esofagus med övergripande växt</p> <p>C15.9 Esofagus UNS</p> <p>C16.0A Cardia Typ I</p> <p>C16.0B Cardia Typ II</p> <p>C16.0C Cardia Typ III</p> <p>C16.0X Ej bestämbar</p> <p>C16.1 Fundus (övre delen)</p> <p>C16.2 Corpus (mellersta delen)</p> <p>C16.3 Antrum (nedre delen)</p> <p>C16.4 Pylorus (nedre magmunnen)</p> <p>C16.5 Curvatura minor UNS</p> <p>C16.6 Curvatura major UNS</p> <p>C16.8 Tumör i ventrikel med övergripande växt</p> <p>C16.9 Ventrikel UNS</p> <p>I registret behandlas C15.5 och C16.0A som samma tumörläge då ingen definierad skillnad finns.</p> <p>Vid multifokala tumörer ifylls ett formulär för varje tumörlokal.</p> |

| DIAGNOSTIK                                                                                                                                              | Beskrivning                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                         | <p>Hjälpbild vid klassificering av diagnoser</p>                                                                                        |
|                                                                                                                                                         | <p>Hjälpbild Siewerts klassifikation av Cardiacancer (C15.5 och C16.0)</p>                                                             |
| Tumörpositiva lymfkörtelstationer (N, M) enligt TNM8                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                           |
| Om någon eller några lymfkörtlar i de olika grupperna är positiv, klicka i ruta för den gruppen. Klickar man i en M-ruta blir det automatiskt M1 i TNM. |                                                                                                                                                                                                                           |
| Lymfkörtelstationer hals – thorax                                                                                                                       | Esofaguscancer 15.0 – 16.0A,B,X                                                                                                                                                                                           |
| N                                                                                                                                                       | [A] Paraesofageala Cervikala<br>[B] Paratrakeala<br>[C] Subcarinala<br>[D] Hö huvudbronk<br>[E] Vä huvudbronk<br>[F] Paraesofageala - mellersta thorakala mediastinum<br>[G] Paraesofageala - nedre thorakala mediastinum |
| M                                                                                                                                                       | [H] Övriga Cervikala (Supraklavikulära körtlar; ovan fossa jugulum och klaviklarna)                                                                                                                                       |

| DIAGNOSTIK                      | Beskrivning                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |                                                                               |
| Lymfkörtelstationer buk         | Esofagus cancer 15.0 – 16.0A,B,X                                                                                                                                |
| N                               | [1] Cardia höger<br>[2] Cardia vänster<br>[3] Curvatura minor<br>[7] A gastrica sin<br>[8] A hepatica<br>[9] Truncus coeliacus<br>[11] A lienalis               |
| M                               | [4] Curvatura major<br>[5] Suprapylorala<br>[6] Infrapylorala                                                                                                   |
| M                               | [10] Mjälthilus<br>[12] Hepatoduodenala lig<br>[13] Posteriora pancreashuvudet<br>[14] Mesenterialkärts roten<br>[15] Mesocolon transversum<br>[16] Paraaortala |
|                                 |                                                                             |
| Lymfkörtelstationer hals thorax | Ventrikels cancer 16.0C, 16.1-16.9                                                                                                                              |

| DIAGNOSTIK                                                                          | Beskrivning                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M                                                                                   | [A] Paraesofageala Cervikala<br>[B] Paratrakeala<br>[C] Subcarinala<br>[D] Hö huvudbronk<br>[E] Vä huvudbronk<br>[F] Paraesofageala - mellersta thorakala mediastinum<br>[G] Paraesofageala - nedre thorakala mediastinum |
| M                                                                                   | [H] Övriga Cervikala (Supraklavikulära körtlar; ovan fossa jugulum och klaviklarna)                                                                                                                                       |
|  |                                                                                                                                                                                                                           |
| Lymfkörtelstationer buk                                                             | Ventrikeltcancer 160C, 16,1-16.9                                                                                                                                                                                          |
| N                                                                                   | [1] Cardia höger<br>[2] Cardia vänster<br>[3] Curvatura minor<br>[7] A gastrica sin<br>[8] A hepatica<br>[9] Truncus coeliacus<br>[11] A lienalis                                                                         |
| N                                                                                   | [4] Curvatura major<br>[5] Suprapylorala<br>[6] Infrapylorala<br>[12] Hepatoduodenala lig                                                                                                                                 |
| M                                                                                   | [10] Mjälthilus<br>[13] Posteriora pancreashuvudet<br>[14] Mesenterialkärtsroten<br>[15] Mesocolon transversum<br>[16] Paraaortala                                                                                        |
|  |                                                                                                                                                                                                                           |

| DIAGNOSTIK                                                                           | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>T-stadium*</i><br>Obligatorisk                                                    | Ange T-stadium enligt tabell nedan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                      | <p>T0 Ingen påvisbar primärtumör</p> <p>Tis Intraepitelial tumör som ej penetrerar lamina propria. Carcinoma in situ, grav dysplasi</p> <p>T1 Tumörinvasion till lamina propria eller submucosa</p> <p>T1a Tumören invaderar till mucosans lamina propria eller muscularis mucosa</p> <p>T1b Tumören invaderar submucosa</p> <p>T2 Tumören invaderar muscularis propria</p> <p>T3 Tumören invaderar subserosan /adventitia men invaderar ej visceral peritoneum (vid ventrikeltumör) eller kringliggande strukturer</p> <p>T4a Resektabel tumör som invaderar kringliggande organ</p> <p>T4b Ej resektabel tumör som invaderar kringliggande organ</p> <p>TX Primärtumören ej bedömbär</p> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>N-stadium*</i> Obligatorisk                                                       | Ange N-stadium beroende på läge enligt tabell nedan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>M-stadium*</i> Obligatorisk                                                       | Ange M-stadium beroende på läge enligt tabell nedan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>M1</i>                                                                            | <p>Om läge på fjärrmetastaser inte framgår av inrapporterade metastaser i lymfkörtlar, kompletteras information enligt alternativ nedan.</p> <p>Ange minst ett läge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lever</li> <li>• Bukcarcinom</li> <li>• Lunga</li> <li>• Pleuracarcinom</li> <li>• Icke regional Lymfkörtel (M)</li> <li>• Annat läge, specificera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>N och M sammanställning</i>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                      | <p>Esofagus-cancer      Ventrikeltumör</p> <p>C15.0-16.0X      C16.1-16.9</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| DIAGNOSTIK                                                | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Regionala lymfkörtlar ej bedömbara                        | Nx                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nx                                                                                                                                              | Regionala lymfkörtlar ej bedömbara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Inga regionala lymfkörtelmetastaser                       | N0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N0                                                                                                                                              | Inga regionala lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1-2 Regionala lymfkörtelmetastaser                        | N1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N1                                                                                                                                              | 1-2 Regionala lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3-6 Regionala lymfkörtelmetastaser                        | N2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N2                                                                                                                                              | 3-6 Regionala lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ≥7 Regionala lymfkörtelmetastaser                         | N3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N3                                                                                                                                              | ≥7 Regionala lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| n/a                                                       | n/a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N3a                                                                                                                                             | 7-15 Regionala lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| n/a                                                       | n/a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N3b                                                                                                                                             | ≥16 Regional lymfkörtelmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Inga fjärrmetastaser                                      | M0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | M0                                                                                                                                              | Inga fjärrmetastaser                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Förekomst av fjärrmetastaser                              | M1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | M1                                                                                                                                              | Förekomst av fjärrmetastas eller positiv cytologi från buksköljvätska                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Kliniskt stadium räknas ut automatiskt av systemet</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Prediktiva analyser</i>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Registrera Prediktiva analyser</i>                     | <p>Ange utfall och undersökt material för de analyser som är utförda.</p> <p>Information om utförda prediktiva analyser och utfall återfinns i regel i journaltext och i PAD-svar.</p> <p>Registrerade värden är synliga och ska fyllas allteftersom analyserna utförs i dessa formulär: Diagnostik, Neoadjuvant behandling, Adjuvant behandling, Definitiv kemoradioterapi och Palliativ onkologisk behandling.</p> |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| MMR/MSI<br><i>Mismatch Repair</i>                         | Välj undersökt material<br><br><div> Undersökt material<br/> <div>- Välj -</div> <div>- Välj -</div> <div>Diagnostisk biopsi</div> <div>Resektat</div> <div>Recidiv</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                     | Välj utfall<br><br><div> Utfall<br/> <div>- Välj -</div> <div>- Välj -</div> <div>pMMR eller MSS/MSI-L</div> <div>dMMR eller MSI-H</div> </div> | Beskrivning:<br><br><p>I regel görs analys antingen avseende MMR <i>eller</i> avseende MSI.</p> <p><i>pMMR</i> = proficient (bevarat) MMR, dvs inget bortfall av MMR-proteiner (MLH1, MSH2, MSH6), dvs inga tecken till defekt MMR.</p> <p><i>dMMR</i> = deficient (defekt) MMR, dvs bortfall av ett eller flera MMR-proteiner (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)</p> <p><i>MSS</i> = mikrosatellitstabil, dvs alla markörer stabila.</p> |

| DIAGNOSTIK                                                                                                                                | Beskrivning                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                            | <p>MSI-L = mikrosatellitinstabil-låg, dvs en markör instabil</p> <p>MSI-H = mikrosatellitinstabil-hög, dvs minst två markörer instabila.</p>                                                          |
| <p>HER2</p> <p><i>Human epidermal growth factor receptor 2</i></p>                                                                        | <p>Välj undersökt material:</p> <p>Undersökt material</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Diagnostisk biopsi<br/> Resektat<br/> Recidiv </div> | <p>Välj utfall:</p> <p>Utfall</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> HER2-negativ<br/> HER2-positiv </div>                                  | <p>Beskrivning:</p> <p><i>Her2-positiv</i> = immunhistokemi 3+ oavsett amplifiering <i>eller</i> immunhistokemi 2+ och amplifiering</p> <p><i>Her2-negativ</i>= Övriga utfall</p>                     |
| <p>PD-L1 CPS</p> <p><i>PD-L1: Programmed death ligand 1, CPS: combined positive score, andelen positiva tumörceller + immunceller</i></p> | <p>Välj undersökt material:</p> <p>Undersökt material</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Diagnostisk biopsi<br/> Resektat<br/> Recidiv </div> | <p>Välj utfall:</p> <p>Utfall</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> &lt;1<br/> &gt;=1, &lt;5<br/> &gt;=5, &lt;10<br/> &gt;=10 </div>       | <p>Beskrivning:</p> <p>PD-L1 = för analyserna framgår alltid antingen ett score eller ett intervall.</p>                                                                                              |
| <p>PD-L1 TPS</p> <p><i>PD-L1: Programmed death ligand 1, TPS: tumor proportion score, andelen positive tumörceller</i></p>                | <p>Välj undersökt material:</p> <p>Undersökt material</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Diagnostisk biopsi<br/> Resektat<br/> Recidiv </div> | <p>Välj utfall:</p> <p>Utfall</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> &lt;1%<br/> &gt;=1% </div>                                             | <p>Beskrivning:</p> <p>PD-L1 = för analyserna framgår alltid antingen ett score eller ett intervall.</p>                                                                                              |
| PD-L1 TAP                                                                                                                                 | <p>Välj undersökt material:</p> <p>Undersökt material</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Diagnostisk biopsi<br/> Resektat<br/> Recidiv </div> | <p>Välj utfall:</p> <p>Utfall</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> &lt;1%<br/> &gt;=1%, &lt;5%<br/> &gt;=5%, &lt;10%<br/> &gt;=10% </div> | <p>Beskrivning:</p> <p>PD-L1 = för analyserna framgår alltid antingen ett score eller ett intervall.</p>                                                                                              |
| Claudin 18.2                                                                                                                              | <p>Välj undersökt material:</p> <p>Undersökt material</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Diagnostisk biopsi<br/> Resektat<br/> Recidiv </div> | <p>Välj utfall:</p> <p>Utfall</p> <div> - Välj -<br/> - Välj -<br/> Claudin 18.2-negativ<br/> Claudin 18.2-positiv </div>                  | <p>Beskrivning:</p> <p><i>Claudin 18.2-negativ</i> = ej positiv</p> <p><i>Claudin 18.2-positiv</i> = minst 75% av cancercellerna uttrycker Claudin 18.2 med måttlig till stark membraninfärgning.</p> |

| DIAGNOSTIK                                                                         | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Planerad behandling</i>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>PS (WHO)</i><br>Obligatorisk                                                    | Ange funktionsstatus enligt PS (WHO):<br>0 = Klarar all normal aktivitet utan begränsning<br>1 = Klarar inte fysisk krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete<br>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.<br>3 = Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar.<br>4 = Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol. |
| <i>Avliden innan behandlingsrekommendation</i>                                     | Ange om patienten avlidit innan behandlingsrekommendation.<br>Om ikryssad är registrering av formuläret färdigt.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Datum för behandlingsrekommendation</i><br>Obligatorisk                         | Ange datum för MDK eller datum då behandlingsrekommendation gjorts av enskild läkare. "Datum för behandlingsrekommendation" får inte vara senare än "Datum för behandlingsbeslut".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Behandlingsrekommendation vid MDK</i><br>Obligatorisk                           | Ange Nej/Ja<br>Har behandlingsrekommendation föreslagits i samband med Multidisciplinär konferens besvaras med Ja om minst 1 kirurg, 1 onkolog och 1 radiolog medverkat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Nivå på MDK</i>                                                                 | Patienten kan ha diskuterats vid flera MDK Endast den högsta nivån ska anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokal</li> <li>• Regional</li> <li>• Nationell</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Datum för behandlingsbeslut</i><br>Obligatorisk                                 | Ange det datum då patienten i samråd med läkare samtyckte till den föreslagna behandlingsrekommendationen.<br>Ååååmmdd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Förlängd väntetid till behandlingsbeslut pga patientens val</i><br>Obligatorisk | Ange med Nej/Ja om patienten själv valt förlängd väntetid till behandling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Finns kontaktsjuksköterska utsedd?</i><br>Obligatorisk                          | Ange Nej/Ja<br>Avser kontaktsjuksköterska på inrapporterande klinik som patienten har namn och telefonnummer till. Kontaktsjuksköterskans namn ska finnas dokumenterad i journalen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| DIAGNOSTIK                                                     | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Tumörbehandlingens mål</i>                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Tumörbehandlingens mål</i><br>Obligatorisk                  | Endast ett alternativ ska anges<br>Ange målsättning med tumörbehandlingen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurativ</li> <li>• Palliativ</li> <li>• Ingen tumörinriktad behandling</li> </ul>                                 |
| <i>Tumörbehandlingens mål - Kurativ</i>                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Obligatoriskt med minst ett alternativ</i>                  | Ange planerad behandling. Flera alternativ kan anges. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirurgisk/Endoluminal behandling</li> <li>• Onkologisk behandling</li> </ul>                                                          |
| <i>Behandlande sjukhus/ klinik</i><br>Obligatorisk             | Ange behandlande sjukhus/klinik för Kirurgisk/Endoluminal behandling respektive ev. onkologisk behandling                                                                                                                            |
| <i>Tumörbehandlingens mål - Palliativ</i>                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Obligatoriskt med minst ett alternativ</i>                  | Ange planerad behandling. Flera alternativ kan anges. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirurgisk/Endoluminal behandling (enbart stentinläggning skall <b>EJ</b> registreras).</li> <li>• Onkologisk behandling</li> </ul>    |
| <i>Behandlande sjukhus/klinik</i><br>Obligatorisk              | Ange behandlande sjukhus/klinik för Kirurgisk/Endoluminal behandling respektive ev. onkologisk behandling                                                                                                                            |
| <i>Tumörbehandlingens mål – Ingen tumörinriktad behandling</i> |                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Ingen tumörinriktad behandling</i><br>Obligatorisk          | Ange endast ett alternativ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten vill ej</li> <li>• Avancerad tumörsjukdom</li> <li>• Annan avancerad sjukdom</li> <li>• Annan orsak, specificera</li> <li>• Enbart kontroll</li> </ul> |

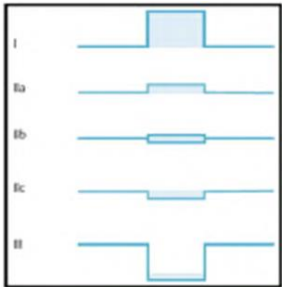
## Beskrivning av variabler i formulär Operativ behandling

| OPERATIV BEHANDLING                                                      | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Primära Uppgifter</i>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Tumörbehandling utförd i samband med annan huvudbehandling</i>        | <p>Anges i de fall man behandlat två eller flera separata esofagus/cardia/ventrikel tumörer vid samma tillfälle.</p> <p>Denna variabel ska klickas i för att ytterligare efterforskning av operationsformulär inte ska göras från RCC.</p> <p>OBS! Gäller som övrig registrering endast adenocarcinom, skivepitelcancer eller odifferentierad cancer. Gäller även respektive in situ tumörer. (Ej GIST, lymfom, neuroendokrina tumörer och melanom). Formuläret kan nu sparas.</p> |
| <i>Resektion/ablation av tumören</i><br>Obligatorisk**                   | Ange Nej/Ja<br>**Denna variabel är tvingande obligatorisk vilket innebär att den måste vara ifylld för att formuläret ska räknas som ifyllt av bevakningsmallar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Resektion/ablation av tumören = Nej</i>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Preoperativ längd i cm</i>                                            | Ange preoperativ längd i cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Preoperativ vikt i kg</i>                                             | Ange preoperativ vikt i kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Ingen resektion/ablation</i>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Exploration</i><br>Obligatorisk om resektion av tumör = Nej           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ej explorerad (planerad operation ej utförd)</li> <li>Explorerad utan resektion (operation utförd utan att tumör tagits bort)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Ej explorerad</i>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Datum för beslut av förändrad behandlingsstrategi</i><br>Obligatorisk | Ange datum för beslut att ej operera patienten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Orsak</i>                                                             | Ange orsak till att planerad resektion inte utförts: <ul style="list-style-type: none"> <li>Progress av sjukdom</li> <li>Dåligt allmäntillstånd</li> <li>Komplett remission efter neoadjuvant behandling</li> <li>Annat</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Kliniskt tumörstadium (TNM8)</i><br>Obligatorisk                      | Ange kliniskt TNM-stadium. Detta ska anges oavsett om någon förändring skett eller inte sedan TNM-klassificeringen i Diagnostikformuläret                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Explorerad utan resektion</i>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Explorerad utan resektion</i>                                         | Operation utförd utan att tumören tagits bort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Datum för exploration</i><br>Obligatorisk                             | Ange datum när operation är utförd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Orsak</i>                                                             | Ange orsak till att planerad resektion inte är utförd                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| OPERATIV BEHANDLING                                 | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obligatorisk                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Progress av sjukdom</li> <li>Dåligt allmäntillstånd</li> <li>Komplett remission efter neoadjuvant behandling</li> <li>Annat</li> </ul>                                                                                                                        |
| <i>Kliniskt tumörstadium (TNM8)</i><br>Obligatorisk | Ange kliniskt TNM-stadium. Detta ska anges oavsett om någon förändring skett eller inte sedan TNM-klassificeringen i Diagnostikformuläret.<br><br>TNM-stadium: se ovan<br><br>Om ingen tumörresektion utförts är formuläret klart och kan sparas.<br>Postoperativt förlopp ska inte fyllas i.        |
| <i>Resektion/ablation av tumören = Ja</i>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Typ av ingrepp</i><br>Obligatorisk               | Ange typ av ingrepp <ul style="list-style-type: none"> <li>Endoluminal behandling</li> <li>Partiell resektion ventrikel</li> <li>Gastrektomi</li> <li>Partiell resektion esofagus</li> <li>Esofagektomi</li> <li>Esofagogastrektomi</li> <li>Annat, ange sammanfattande namn på ingreppet</li> </ul> |
| <i>Typ av ingrepp = Endoluminal behandling</i>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Operationskoder</i>                              | Välj i rullista vald behandling                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Operationsdatum</i><br>Obligatorisk              | Ange datum då behandling utförts                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Operationsstart</i><br>Obligatorisk              | Ange klockslag när operationen startade = kniv i. Anges med 4 siffror. TTMM.                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Operationsslut</i><br>Obligatorisk               | Angeklockslag när operationen slutade = när sista suturen sattes. Anges med 4 siffror. TTMM.                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Preoperativ längd i cm</i>                       | Ange preoperativ längd i cm                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Preoperativ vikt i kg</i>                        | Ange preoperativ vikt i kg                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Komorbiditet</i>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Rökare</i><br>Obligatorisk                       | Ange om patienten är eller har varit rökare <ul style="list-style-type: none"> <li>Nej</li> <li>Ja, inklusive de som slutat för &lt;1 år sedan</li> <li>F.d. rökare, &gt;1 år sedan rökstopp</li> <li>Okänt</li> </ul>                                                                               |
| <i>Har patienten tidigare komorbiditet</i>          | Ange Nej/Ja om patienten har komorbiditet förutom den aktuella tumören.<br>Om Ja, ska minst ett alternativ anges enligt nedan:                                                                                                                                                                       |
| <i>1 poäng/alternativ</i>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| OPERATIV BEHANDLING                                               | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Hjärtinfarkt</i>                                               | Myocardial infarction includes patients with one or more definite or probable myocardial infarction. These patients should have been hospitalized for chest pain or an equivalent clinical event and have had electrocardiographic and/or enzyme changes. Patients with electrocardiographic changes alone who have no clinical history are not designated as having an infarction.                                                                                                                                                                              |
| <i>Hjärtsvikt</i>                                                 | Congestive heart failure includes patients who have had exertional or paroxysmal nocturnal dyspnea and who have responded symptomatically (or on physical examination) to digitalis, diuretics, or afterload reducing agents. It does not include patients who are on one of those medications but who have had no response and no evidence of improvement of physical signs with treatment.                                                                                                                                                                     |
| <i>Perifer kärlsjukdom</i>                                        | Peripheral vascular includes patients with intermittent claudication or those who had a bypass for arterial insufficiency, those with gangrene or acute arterial insufficiency, and those with a treated or untreated thoracic or abdominal aneurysm (6 cm or more)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Demens eller annan måttlig till svår kognitiv svikt</i>        | Dementia includes patients with moderate to severe chronic cognitive deficit resulting in impaired function from any cause.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Cerebrovaskulär sjukdom inkl TIA</i>                           | Cerebrovascular disease includes patients with a history of a cerebrovascular accident with minor or no residua, and patients who have had transient ischemic attacks. If the CVA resulted in hemiplegia, code only hemiplegia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Kronisk lungsjukdom</i>                                        | Pulmonary disease includes patients with asthma, chronic bronchitis, emphysema and other chronic lung disease who have ongoing symptoms such as dyspnea or cough, with mild or moderate activity. This includes patients who are dyspneic with slight activity, with or without treatment and those who are dyspneic with moderate activity despite treatment, as well as patients who are dyspneic at rest, despite treatment, those who require constant oxygen, those with CO <sub>2</sub> retention and those with a baseline PO <sub>2</sub> below 50 torr. |
| <i>Bindvärdssjukdom</i>                                           | Rheumatologic disease includes patients with systemic lupus erythematosus, polymyositis, mixed connective tissue disease, rheumatoid arthritis, polymyositis, polymyalgia rheumatica, vasculitis, sarcoidosis, Sjogrens syndrome or any other systemic vasculitis.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Sår i magsäck eller tolvfingertarm</i>                         | Peptic ulcer disease includes patients who have required treatment for ulcer disease, including those who have bled from ulcers.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Mild leversjukdom</i>                                          | Mild leversjukdom (utan portal hypertension, utan cirrhos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Tablett- eller insulinbehandlad diabetes (utan organskada)</i> | Diabetes includes all patients with diabetes treated with insulin or oral hypoglycemic, but not diet alone. Diabetes during pregnancy alone is not counted.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>2 poäng/alternativ</i>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Hemiplegi</i>                                                  | This includes patients with a hemiplegia or paraplegia, whether it occurred as a result of a cerebrovascular accident or other condition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Måttlig – svår njursjukdom</i>                                 | Moderate renal insufficiency includes patients with a serum creatinine >3 mg/dl. Severe renal disease includes patients on dialysis, those who had a transplant, and those with uremia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| OPERATIV BEHANDLING                                                     | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Diabetes (med organskada)</i>                                        | Includes patients with retinopathy, neuropathy or nephropathy attributable to diabetes. If end organ damage, do not count diabetes separately                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Tumör (förutom basalcellscancer i huden) utan metastas</i>           | Solid tumor consists of patients with solid tumors without documented metastases, including breast, colon, lung, prostate and a variety of other tumors.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Leukemi</i>                                                          | Leukemia includes patients with acute and chronic myelogenous leukemia, acute and chronic lymphocytic leukemia and polycythemia vera. Nonmetastatic cancer only.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Lymfom</i>                                                           | Lymphome includes patients with Hodgkins. Lymphosarcoma, Waldenströms macroglobulinemia, myeloma and other lymphomas. Nonmetastatic cancer only.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>3 poäng / alternativ</i>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Måttlig – svår leversjukdom</i>                                      | Moderate liver disease consists of cirrhosis with portal hypertension, but without bleeding. Severe liver disease consists of patients with ascites, chronic jaundice, portal hypertension or a history of variceal bleeding or those who have had liver transplant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>6 poäng/alternativ</i>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Malign tumör med metastas</i>                                        | Metastatic cancer includes patients with metastatic solid tumors including breast, lung, colon and other tumors. If metastatic, do not count cancer separately.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>HIV/AIDS</i>                                                         | Acquired immune deficiency syndrome includes patients with definite or probable AIDS, i.e. AIDS related complex, and those who are HIV positive and asymptomatic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Charlston komorbiditetsindex, totalt</i>                             | Poängen ovan summeras automatiskt och bildar Charlston komorbiditetsindex.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Komorbiditet enligt ASA – klassifikationen (1-5)</i><br>Obligatorisk | <p>ASA-klassifikationen avser patientens tillstånd före behandlingsbeslutet är taget.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ASA-klass 1<br/><i>Frisk patient</i></li> <li>ASA-klass 2<br/><i>Patient med måttligt uttalat sjukdomstillstånd som ej orsakar funktionell begränsning. Ex. Diabetes utan komplikationer, välkontrollerad hypertoni, lindrig organisk hjärtsjukdom</i></li> <li>ASA-klass 3<br/><i>Patient med allvarligt sjukdomstillstånd som orsakar funktionell begränsning. Ex. Diabetes med komplikation, angina pectoris, genomgången hjärtinfarkt (&gt; 6 månader), adipositas, (BMI&gt;30) måttlig uttalad lungsjukdom, intrakraniell tryckstegring</i></li> <li>ASA-klass 4<br/><i>Patient med svår systemsjukdom som är potentiellt livshotande. Ex. Organisk hjärtsjukdom med uttalad hjärtinsufficiens, angina pectoris i vila, hjärtinfarkt &lt;6 månader</i></li> <li>ASA-klass 5<br/><i>Moribund patient som ej förväntas att överleva 24 timmar. Ex.</i></li> </ul> |

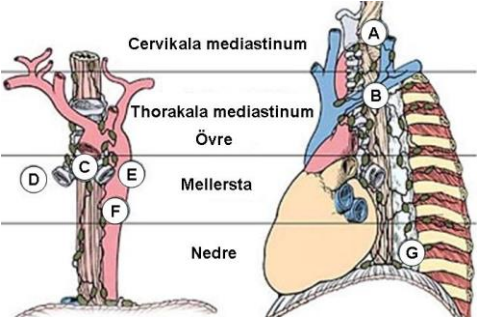
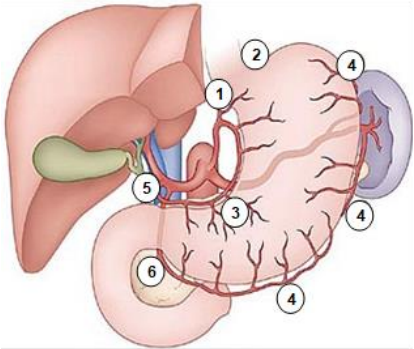
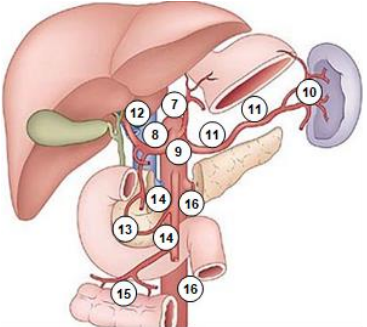
| OPERATIV BEHANDLING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Beskrivning                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <i>Patient med rupturerat aortaaneurysm i chock, komatös patient med stor intrakraniell blödning</i>                                                                     |
| <b>Endoluminal behandling</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |
| <i>Peroperativ komplikation</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ange Ja/Nej. Om Ja välj <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blödning</li> <li>• Perforation</li> <li>• Annat</li> </ul>                                             |
| <i>Endoluminal mucosaresektion - EMR</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ange Ja/Nej. Om ja välj <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloc</li> <li>• Piecemeal</li> </ul>                                                                    |
| <i>Endoluminal submucosadissektion - ESD</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ange Ja/Nej. Om Ja välj <ul style="list-style-type: none"> <li>• Längd av resektat i cm</li> <li>• Del av cirkumferens %</li> <li>• Bloc</li> <li>• Piecemeal</li> </ul> |
| <i>Radiofrekvensabladering - RFA</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ange Ja/Nej.                                                                                                                                                             |
| <i>Argonplasmakoagulering - APC</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ange Ja/Nej.                                                                                                                                                             |
| <i>Kryoablation</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ange Ja/Nej.                                                                                                                                                             |
| <i>Annat</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ange Ja/Nej. Om ja, specificera Annat                                                                                                                                    |
| <b>Parisklassifikation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| <p>Denna klassifikation gäller enbart för ytliga tumörer lämpade för endoskopisk resektion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ej tillämbart</li> <li>• Typ I = Polypoid</li> <li>• Typ IIa = Flat and slightly elevated</li> <li>• Typ IIb = Flat and level</li> <li>• Typ IIc = Flat and depressed</li> <li>• Typ III = Ulcerated</li> <li>• Barrets esofagus – Om Ja skall Pragklassifikation fyllas i.</li> </ul> |                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |
| <i>Pragklassifikation ska fyllas i om Barrets esofagus = Ja</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |

| OPERATIV BEHANDLING                                                                                                                      | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cx                                                                                                                                       | Ange ett heltal 0-50 cm. Detta är en klassifikation av Barrett esofagus utbredning där C står för den cirkumferentiella utbredningen. C kan aldrig vara större än M, alltså maxlängden av Barrett.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Mx                                                                                                                                       | Ange ett heltal 0-50 cm. Detta är en klassifikation av utbredning av Barretts esofagus där M står för maximal utbredning i cm. Mx måste vara större eller lika med Cx.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Postoperativ bedömning</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Definitiv tumörlokal – postoperativ bedömning av diagnoskod</b><br>Obligatorisk                                                       | Ange definitiv tumörlokal. Endast ett alternativ anges. Tumörlokal uppdateras i cancerregistret.<br>C15.0 Cervikala esofagus<br>C15.3 Övre tredjedelen av esofagus<br>C15.4 Mellersta tredjedelen av esofagus<br>C15.5 Nedre tredjedelen av esofagus<br>C15.8 Tumör i esofagus med övergripande växt<br>C15.9 Esofagus UNS<br>C16.0A Cardia Typ I<br>C16.0B Cardia Typ II<br>C16.0C Cardia Typ III<br>C16.0X Ej bestämbar<br>C16.1 Fundus (övre delen)<br>C16.2 Corpus (mellersta delen)<br>C16.3 Antrum (nedre delen)<br>C16.4 Pylorus (nedre magmunnen)<br>C16.5 Curvatura minor UNS<br>C16.6 Curvatura major UNS<br>C16.8 Tumör i ventrikel med övergripande växt<br>C16.9 Ventrikel UNS |
| <b>Operatörens bedömning av ingreppet</b>                                                                                                | Ange operatörens bedömning av tumörresektionen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurativ</li> <li>• Gränsfall kurativ/palliativ</li> <li>• Palliativ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Typ av ingrepp = Partiell resektion ventrikel, Gastrektomi, Partiell resektion esofagus, Esofagektomi, Esofagogastroektomi, Annat</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Operationskoder</b>                                                                                                                   | Välj i rullista upp till sex operationskoder för vald behandling                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Operationsdatum</b><br>Obligatorisk                                                                                                   | Ange datum då behandling utförts                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Operationsstart</b><br>Obligatorisk                                                                                                   | Ange klockslag när operationen startade = kniv i<br>Anges med 4 siffror. TTMM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Operationsslut</b><br>Obligatorisk                                                                                                    | Ange klockslag när operationen slutade = när sista suturen sattes<br>Anges med 4 siffror. TTMM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| <b>OPERATIV BEHANDLING</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Beskrivning</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Preoperativ kemoterapi</i><br>obligatorisk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ange Nej/Ja om patienten fått preoperativ kemoterapi oavsett angivet mål för terapi i formulär 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Preoperativ radioterapi</i><br><i>Obligatorisk</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ange Nej/ja om patienten fått preoperativ radioterapi oavsett angivet mål för terapi i formulär 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Behandlande sjukhus/klinik</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ange sjukhus/klinik där patienten fått preoperativ kemoterapi/radioterapi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Preoperativ längd i cm</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ange preoperativ längd i cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Preoperativ vikt i kg</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ange preoperativ längd i cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Salvagekirurgi</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ange Nej/Ja<br><br>Med "salvage" kirurgi avses ett kirurgiskt ingrepp som utförs i syfte att avlägsna cancervävnad som inte tagits bort helt under tidigare behandlingar, eller för att behandla återkommande sjukdom som inte har svarat på onkologisk behandling. Det utförs vanligtvis efter att strålbehandling eller kemoterapi, eller båda har använts som primära behandlingar.                             |
| <b>Prehab</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Prehabilitering vid cancer kan definieras som en sammanhängande vårdprocess mellan diagnos och behandlingsstart. Denna omfattar både fysiska och psykologiska bedömningar för att fastställa ett funktionellt utgångsstatus, identifiera funktionsnedsättningar och erbjuda målinriktade åtgärder. Målet är att förbättra patientens hälsa samt minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer. Det team som ansvarar för patientens cancervård bör i början av vårdprocessen i dialog med patienten gå igenom de frågor och behov som ligger till grund för en första cancerrehabiliteringsplan. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Har prehabiliteringsbehov bedömts</i><br><br>Obligatorisk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ange Nej/Ja<br><br>Prehabiliteringsbehov bedöms med fokus på fysisk förmåga, nutrition, sociala och psykologiska aspekter samt levnadsvanor i syfte att optimera effekten av behandling och minska risken för komplikationer (källa: Vårdprogram cancerrehabilitering).                                                                                                                                            |
| <i>På vilket sätt</i><br><br>Obligatorisk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Om Ja i frågan ovan, ange:<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Med strukturerade bedömningsinstrument</li><li>• Utan strukturerade bedömningsinstrument</li></ul> Strukturerade bedömningar bör genomföras med instrument av övergripande karaktär t.ex "Distress-termometern" och "Hälsoskattning". Vid behov görs fördjupade bedömningar med för de olika problemområdena specifika bedömningsinstrument. |
| <i>Identifierades behov av prehabilitering inom områdena</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Flera alternativ kan väljas<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Nutrition</li><li>• Fysisk aktivitet</li><li>• Rökning</li><li>• Alkoholbruk</li><li>• Psykosocial påverkan</li><li>• Annat</li><li>• Patienten bedömdes inte ha något behov av prehabiliteringsinsatser</li></ul>                                                                                                                          |

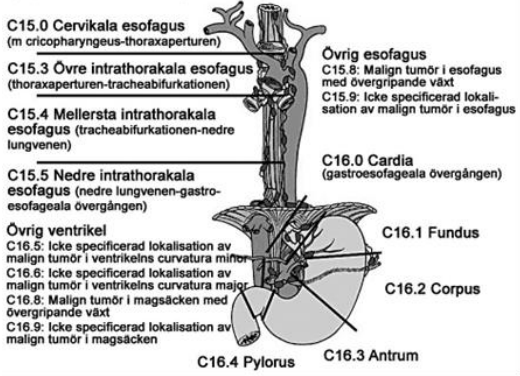
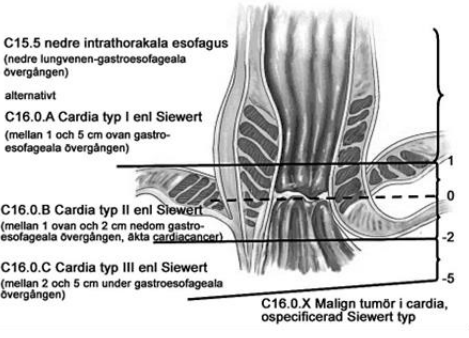
| OPERATIV BEHANDLING                                                             | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Har någon av följande prehabiliteringsåtgärder/kontakter initierats</i>      | Flera alternativ kan väljas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalskontakt för psykosocialt stöd</li> <li>• Dietist</li> <li>• Fysioterapeut</li> <li>• Remittering till specialiserad cancerrehabiliteringsenhet</li> <li>• Remittering till primärvården</li> <li>• Annat</li> </ul> |
| <i>Finns prehabiliteringsplan dokumenterad i journalen</i><br>Obligatorisk      | Ange Nej/Ja<br>På en del sjukhus finns specifik mall för cancervårdplan/ cancer-rehabiliteringsplan, men det kan även vara en journalanteckning, t.ex. en mottagningsanteckning. Fokus för dokumentationen ska vara inför start av behandling, dvs Prehabilitering.                             |
| <i>Har patienten fått en skriftlig plan för prehabilitering</i><br>Obligatorisk | Ange Nej/Ja<br>Uppge om patienten fått en prehabiliteringsplan. Denna kan utgöras av Min Vårdplan, en specifik prehabiliterings eller en handskriven plan. Här bör även datum för planerad uppföljning av eventuell åtgärd skrivas.                                                             |
| <i>Komorbiditet – Se sidan 28 för detaljerad beskrivning</i>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Resektionskirurgi</i>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Elektiv/akut operation</i><br>Obligatorisk                                   | Ange elektiv eller akut operation. Enbart ett alternativ kan anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektiv op</li> <li>• Akut op</li> </ul>                                                                                                                                            |
| <i>Peroperativ blödning i ml</i><br>Obligatorisk                                | Ange blödning under operationen i ml >0                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Peroperativa blodtransfusioner</i><br>Obligatorisk                           | Ange om patienten erhållit blodtransfusioner under operationen<br>Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Antal transfunderade enheter blod</i>                                        | Om Ja i peroperativa blodtransfusioner, ange antal givna enheter <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-2 enheter</li> <li>• 3-4 enheter</li> <li>• 5 eller fler enheter</li> </ul>                                                                                                         |
| <i>Preoperativ PEG</i><br>Obligatorisk                                          | Ange om PEG satts in före operationen<br>Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Preoperativ stent</i><br>Obligatorisk                                        | Ange om stent satts in före operationen<br>Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Halsincision</i><br>Obligatorisk om thorax är ikryssad                       | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Operationsbeskrivning thorax</i>                                             | Enbart ett alternativ anges<br>0. Ingen thoraxdissektion                                                                                                                                                                                                                                        |

| OPERATIV BEHANDLING                                                                                                                                       | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obligatorisk om thorax är ikryssad                                                                                                                        | 3. Kombinerat sammanhängande thorakoabdominellt snitt<br>6. Thorakoskopi<br>7. Thorakoskopi med konvertering<br>9. Thorakotomi<br>10. Robotassisterad kirurgi<br>11. Robotassisterad kirurgi med konvertering<br>97. Annan, specificera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Operationsbeskrivning buk</i><br>Obligatorisk                                                                                                          | Enbart ett alternativ anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen</li> <li>• Laparotomi</li> <li>• Laparoskopi</li> <li>• Laparoskopi med konvertering till öppen kirurgi</li> <li>• Robotassisterad kirurgi</li> <li>• Robotassisterad kirurgi med konvertering</li> <li>• Annan, specificera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Esofagusresektion</i><br>Obligatorisk                                                                                                                  | Enbart ett alternativ anges. Ange det bäst tillämpbara alternativet för esofagusresektion <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ingen esofagusresektion</li> <li>1. Intraabdominella</li> <li>2. Distala intrathorakala 1/3 upp till nivå med nedre lungvenen</li> <li>3. Distala intrathorakala 2/3 upp till nivå med tracheabifurkationen/vena azygos</li> <li>4. Hela intrathorakala</li> <li>5. Cervikala</li> <li>6. Cervikala + intrathorakala + intraabdominella</li> <li>7. Lokal excision av esofagus</li> <li>8. Annan, specificera</li> </ol> |
| <i>Ventrikelresektion</i><br>Obligatorisk                                                                                                                 | Enbart ett alternativ anges <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ingen ventrikelresektion</li> <li>1. Distala</li> <li>2. Distala samt mellersta</li> <li>3. Hela</li> <li>4. Proximala</li> <li>5. Proximala och mellersta</li> <li>6. Minorsidan (Ventrikeltub)</li> <li>7. Lokal excision av ventrikel</li> <li>97. Annan, specificera</li> </ol>                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Utrymda lymfkörtelstationer</i>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Utrymda lymfkörtelstationer hals och thorax</i><br>Obligatoriskt med minst ett ikryssat alternativ om Utrymda lymfkörtelstationer hals och thorax = Ja | Ange utrymda lymfkörtelstationer från hals/thorax Nej/Ja<br>Om Ja, specificera<br>Ett eller flera alternativ kan anges <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Cervikala</li> <li>B. Paratrakeala</li> <li>C. Subcarinala</li> <li>D. Höger huvudbronk</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| OPERATIV<br>BEHANDLING                                                                                                                  | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                         | <p>E. Vänster huvudbronk<br/> F. Paraesofageala – mellersta thorakala mediastinum<br/> G Paraesofageala – nedre thorakala mediastinum<br/> H Övriga cervikala (Supraclaviculära körtlar ovan fossa jugulum och claviklarna)</p> <p>Gränsen mellan mellersta thorakala mediastinum och nedre thorakala mediastinum går i nivå med nedre lungvenen. I övrigt se hjälpbild.</p>                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><i>Utrymda<br/>lymfkörtelstationer buk</i></p> <p>Obligatoriskt med minst ett alternativ om Utrymda lymfkörtelstationer buk = Ja</p> | <p>Ange utrymda lymfkörtelstationer i buken. Nej/Ja</p> <p>Om Ja, ange vilken/vilka lymfkörtelstationer, ett eller flera alternativ kan anges</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cardia höger</li> <li>2. Cardia vänster</li> <li>3. Curvatura minor</li> <li>4. Curvatura major</li> <li>5. Suprapylorala</li> <li>6. Infrapylorala</li> <li>7. Arteria gastrica sinister</li> <li>8. Arteria hepatica</li> <li>9. Truncus coeliacus</li> <li>10. Mjälthilus</li> <li>11. Arteria lienalis</li> <li>12. Hepatoduodenala ligament</li> <li>13. Posteriora pancreashuvudet</li> <li>14. Mesenterialkärtsroten</li> <li>15. Mesocolon transversum</li> <li>16. Paraaortala</li> </ol> |
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| OPERATIV<br>BEHANDLING                       | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Ytterligare resektion</i>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Ytterligare resektion</i>                 | Ange Nej/Ja om ytterligare resektion utförts                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Ytterligare resektion</i><br>Obligatorisk | Om ytterligare resektion = Ja, måste minst en variabel anges<br>Ett eller flera alternativ kan anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mjältextirpation</li> <li>• Pancreasresektion</li> <li>• Colonresektion</li> <li>• Leverresektion</li> <li>• Diafragmaresektion</li> <li>• Resektion av ductus thoracicus</li> <li>• Resektion av vena azygos</li> <li>• Lungresektion</li> <li>• Perikardresektion</li> <li>• Larynxresektion</li> <li>• Annan resektion, specificera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Bursektomi</i><br>Obligatorisk            | Ange om bursektomi har utförts Nej/Ja<br>Med bursektomi menas komplett bursektomi medtagandes peritoneum över pancreas och hela bursa omentalis.<br>Partiell bursektomi anges som Nej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Omentektomi</i><br>Obligatorisk           | Ange om omentektomi utförts Nej/Ja<br>Med omentektomi menas total omentresektion där allt utom minimala rester tagits bort.<br>I övrigt anges omentektomi som Nej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Rekonstruktion</i><br>Obligatorisk        | Ange om och i så fall vilken rekonstruktion som utförts. Endast ett alternativ ska anges <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Ingen (inklusive blind slutning, framläggning av faryngostomi eller annan stomi till hud då den gastrointestinala kontinuiteten ej återställs). Om Ingen är vald behöver man inte fylla i suturteknik anastomos och anastomosnivå.</li> <li>02. Distal ventrikelresektion med gastroduodenostomi (BI)</li> <li>03. Ventrikelresektion med gastrojejunostomi och enteroanastomos (BII)</li> <li>04. Ventrikelresektion med gastrojejunostomi utan enteroanastomos (BII)</li> <li>05. Ventrikelresektion med gastrojejunostomi ad modum Roux en-Y</li> <li>06. Roux-en-Y esofagojejunostomi</li> <li>07. Roux-en-Y esofagojejunostomi med reservoar</li> <li>08. Tunntarmsinterposition (från esofagus till ventrikel eller duodenum)</li> <li>09. Interponerad tunntarmsreservoar (esofagus till duodenum)</li> <li>10. Interponerad colonreservoar (esofagus till duodenum)</li> <li>11. Ventrikeltub till esofagus</li> <li>12. Ventrikel till esofagus</li> <li>13. Coloninterposition (esofagus till ventrikel eller jejunum)</li> <li>14. Ileocekal pouch (esofagus till duodenum)</li> <li>15. Annan, specificera</li> </ol> |

| OPERATIV<br>BEHANDLING                                                                        | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|-------|----------------------------------------|-------|---------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|----------------|--------|--------------|-------|---------------------|-------|--------------------------|-------|----------------------|-------|---------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------------------------|-------|---------------|
| <p><i>Suturteknik anastomos</i></p> <p>Obligatorisk</p>                                       | <p>Om ingen rekonstruktion utförts ska denna variabel inte fyllas i.</p> <p>Ange vilken suturteknik som använts för anastomosering. Vid flera anastomoser ange den mest proximala.</p> <p>Enbart ett alternativ anges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handsydd</li> <li>• Cirkulärt staplad</li> <li>• Linjärt staplad</li> <li>• Linjärt staplad + handsydd</li> </ul> <p>Om suturmaskin använts som huvudsaklig anastomosmetod men handsydda suturer använts för att försluta kvarvarande öppningar i anastomosen, anges suturmaskin som huvudsaklig teknik.</p> <p>Om enstaka förstärkningssuturer satts vid maskinsydd anastomos, anges suturmaskin som alternativ.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| <p><i>Anastomosnivå (vid flera anastomoser se suturteknik)</i></p> <p>Obligatorisk</p>        | <p>Om ingen rekonstruktion utförts ska denna variabel ej fyllas i.</p> <p>Ange anastomosnivå. Vid flera anastomoser anges den mest proximala.</p> <p>Enbart ett alternativ ska anges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buk</li> <li>• Hiatus</li> <li>• Nedre lungvenen</li> <li>• Vena azygos/tracheabifurkationen</li> <li>• Pleuratopp</li> <li>• Hals</li> <li>• Annat, specificera</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| <i>Postoperativ bedömning</i>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| <p><i>Definitiv tumörlokal – postoperativ bedömning av diagnoskod</i></p> <p>Obligatorisk</p> | <p>Ange den definitiva tumörlokalen. Postoperativ bedömning av diagnoskod, tumörlokal uppdateras i cancerregistret.</p> <table> <tr><td>C15.0</td><td>Cervikala esofagus</td></tr> <tr><td>C15.3</td><td>Övre tredjedelen av esofagus</td></tr> <tr><td>C15.4</td><td>Mellersta tredjedelen av esofagus</td></tr> <tr><td>C15.5</td><td>Nedre tredjedelen av esofagus</td></tr> <tr><td>C15.8</td><td>Tumör i esofagus med övergripande växt</td></tr> <tr><td>C15.9</td><td>Matstrupe UNS</td></tr> <tr><td>C16.0A</td><td>Cardia Typ I</td></tr> <tr><td>C16.0B</td><td>Cardia Typ II</td></tr> <tr><td>C16.0C</td><td>Cardia Typ III</td></tr> <tr><td>C16.0X</td><td>Ej bestämbar</td></tr> <tr><td>C16.1</td><td>Fundus (övre delen)</td></tr> <tr><td>C16.2</td><td>Corpus (mellersta delen)</td></tr> <tr><td>C16.3</td><td>Antrum (nedre delen)</td></tr> <tr><td>C16.4</td><td>Pylorus (nedre magmunnen)</td></tr> <tr><td>C16.5</td><td>Curvatura minor UNS</td></tr> <tr><td>C16.6</td><td>Curvatura major UNS</td></tr> <tr><td>C16.8</td><td>Tumör i ventrikel med övergripande växt</td></tr> <tr><td>C16.9</td><td>Ventrikel UNS</td></tr> </table> | C15.0 | Cervikala esofagus | C15.3 | Övre tredjedelen av esofagus | C15.4 | Mellersta tredjedelen av esofagus | C15.5 | Nedre tredjedelen av esofagus | C15.8 | Tumör i esofagus med övergripande växt | C15.9 | Matstrupe UNS | C16.0A | Cardia Typ I | C16.0B | Cardia Typ II | C16.0C | Cardia Typ III | C16.0X | Ej bestämbar | C16.1 | Fundus (övre delen) | C16.2 | Corpus (mellersta delen) | C16.3 | Antrum (nedre delen) | C16.4 | Pylorus (nedre magmunnen) | C16.5 | Curvatura minor UNS | C16.6 | Curvatura major UNS | C16.8 | Tumör i ventrikel med övergripande växt | C16.9 | Ventrikel UNS |
| C15.0                                                                                         | Cervikala esofagus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C15.3                                                                                         | Övre tredjedelen av esofagus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C15.4                                                                                         | Mellersta tredjedelen av esofagus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C15.5                                                                                         | Nedre tredjedelen av esofagus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C15.8                                                                                         | Tumör i esofagus med övergripande växt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C15.9                                                                                         | Matstrupe UNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.0A                                                                                        | Cardia Typ I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.0B                                                                                        | Cardia Typ II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.0C                                                                                        | Cardia Typ III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.0X                                                                                        | Ej bestämbar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.1                                                                                         | Fundus (övre delen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.2                                                                                         | Corpus (mellersta delen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.3                                                                                         | Antrum (nedre delen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.4                                                                                         | Pylorus (nedre magmunnen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.5                                                                                         | Curvatura minor UNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.6                                                                                         | Curvatura major UNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.8                                                                                         | Tumör i ventrikel med övergripande växt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |
| C16.9                                                                                         | Ventrikel UNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |       |                              |       |                                   |       |                               |       |                                        |       |               |        |              |        |               |        |                |        |              |       |                     |       |                          |       |                      |       |                           |       |                     |       |                     |       |                                         |       |               |

| OPERATIV<br>BEHANDLING                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | I registret behandlas C15.5 och C16.0A som samma tumörläge då ingen definierad skillnad finns.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Hjälpbild vid klassificering av diagnoser</p>  <p>C15.0 Cervikal esofagus (m cricopharyngeus-thoraxaperturen)</p> <p>C15.3 Övre intrathorakala esofagus (thoraxaperturen-tracheabifurkationen)</p> <p>C15.4 Mellersta intrathorakala esofagus (tracheabifurkationen-nedre lungvenen)</p> <p>C15.5 Nedre intrathorakala esofagus (nedre lungvenen-gastroesofageala övergången)</p> <p>Övrig ventrikel</p> <p>C16.5: Icke specificerad lokalisering av malign tumör i ventrikelns curvatura major</p> <p>C16.6: Icke specificerad lokalisering av malign tumör i ventrikelns curvatura minor</p> <p>C16.8: Malign tumör i magsäcken med övergripande växt</p> <p>C16.9: Icke specificerad lokalisering av malign tumör i magsäcken</p> <p>C16.0 Cardia (gastroesofageala övergången)</p> <p>C16.1 Fundus</p> <p>C16.2 Corpus</p> <p>C16.3 Antrum</p> <p>C16.4 Pylorus</p> | <p>Hjälpbild Siewerts klassifikation av Cardiacancer (C15.5 och C16.0)</p>  <p>C15.5 nedre intrathorakala esofagus (nedre lungvenen-gastroesofageala övergången)</p> <p>alternativt</p> <p>C16.0.A Cardia typ I enl Siewert (mellan 1 och 5 cm ovan gastroesofageala övergången)</p> <p>C16.0.B Cardia typ II enl Siewert (mellan 1 ovan och 2 cm nedan gastroesofageala övergången, äkta cardiacancer)</p> <p>C16.0.C Cardia typ III enl Siewert (mellan 2 och 5 cm under gastroesofageala övergången)</p> <p>C16.0.X Malign tumör i cardia, ospecificerad Siewert typ</p> |
| <p>Operatörens bedömning av tumörresektion</p> <p>Obligatorisk</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Ange operatörens bedömning av tumörresektionen.</p> <p>Enbart ett alternativ ska anges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurativ</li> <li>• Gränsfall kurativ/palliativ</li> <li>• Palliativ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Beskrivning av variabler i formulär Postoperativt förlopp

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Rehab</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Rehabiliteringsbehoven växlar under sjukdomsförloppet, varför bedömningen bör upprepas fortlöpande utifrån patientens situation och behov. Det gäller framför allt i samband med behandlingsavslut och förändringar i sjukdom eller behandling</p> <p>Patientens situation och behov av cancerrehabilitering bör kartläggas i samråd med patienten i enlighet med rutiner fastställda av verksamhetschefen på aktuell klinik. Patienten ska inte själv behöva ta ansvar för denna bedömning och efterfråga adekvata insatser. Det är inte heller möjligt att patienten kartlägger sina behov genom att möta företrädare för alla de professioner som är aktuella inom cancer-rehabilitering. Patienten, läkaren och kontaktsjuksköterskan bör samråda och utarbeta Min vårdplan där cancerrehabiliteringsplanen utgör en viktig del. De områden som är beskrivna i rehab-variablerna i NREV är de vanligast förekommande områdena där matstrups- och magsäckscancerpatienter bedöms behöva stöd.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Har rehabiliteringsbehov bedömts</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Ange Nej/Ja</p> <p>Rehabiliteringsbehov bedöms med fokus på fysisk förmåga samt specifika träningsbehov, nutrition, smärta, mag-tarmfunktion, sociala och psykologiska aspekter i syfte att återhämta sig postoperativt och rehabilitering utifrån patientens behov.</p> <p>I många fall görs denna bedömning i samband med utskrivning från vårdavdelning, men den kan även ske per telefon efter utskrivning alternativt i samband med första besöket i sjukvården efter operation när postoperativa formuläret fylls i.</p>                         |
| <i>På vilket sätt</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Ange ett alternativ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utan strukturerat bedömningsinstrument</li> <li>• Med strukturerat bedömningsinstrument</li> </ul> <p>Strukturerade bedömningar bör genomföras med instrument av övergripande karaktär tex "Distress-termometern" och "Hälsoskattning". Vid behov görs fördjupade bedömningar med för de olika problemområdena specifika bedömningsinstrument.</p>                                                                                                                                    |
| <i>Identifierades behov inom områdena</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Välj ett eller flera områden där behov identifierats</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrition</li> <li>• Smärta</li> <li>• Mag- tarmfunktion</li> <li>• Fysisk aktivitet</li> <li>• Specifik träning (träning relaterat till tex andningsstörning eller styrke- och rörlighetsträning)</li> <li>• Psykosocialt stöd</li> <li>• Annat</li> <li>• Patienten bedömdes inte ha något behov av rehabiliteringsinsatser</li> </ul> <p>Har inga behov identifierats välj Patienten bedömdes inte ha något behov av rehabiliteringsinsatser.</p> |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                        | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Har någon av följande rehabiliteringsåtgärder/kontakter initierats</i>                                                    | Ett eller flera alternativ kan anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalskontakt för psykosocialt stöd</li> <li>• Dietist</li> <li>• Fysioterapeut</li> <li>• Remittering till specialiserad cancer rehab enhet</li> <li>• Remittering till primärvården</li> <li>• Annat</li> </ul>      |
| <i>Finns rehabiliteringsplan dokumenterad i journalen</i>                                                                    | Ange Nej/Ja<br>På del sjukhus finns specifik mall för cancervårdplan/cancerrehabiliteringsplan men det kan även vara en journalanteckning, t.ex. en mottagningsanteckning eller omvårdnadsepikris.                                                                                                    |
| <i>Har patienten fått en skriftlig plan för rehabilitering</i>                                                               | Ange Nej/Ja<br>Här uppges om patienten fått en rehabiliteringsplan. Denna kan utgöras av Min Vårdplan, en specifik rehabiliteringsplan eller en handskriven plan.                                                                                                                                     |
| <i>Har patienten fått information om den fortsatta uppföljningen och vem denna ska kontakta vid frågor om rehabilitering</i> | Ange Nej/Ja<br>Informationen ska innefatta tydlig information om den fortsatta uppföljningen, vem man ska kontakta vid frågor, vad som är viktigt att tänka på i samband med uppföljning och fortsatt cancerrehabilitering.                                                                           |
| <b>Primära uppgifter</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Typ av ingrepp</i>                                                                                                        | Uppgift hämtas automatiskt från formulär "Operativ behandling". Går ej att ändra.                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Endoluminal behandling</i>                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Operationsdatum</i>                                                                                                       | Uppgift hämtas automatiskt från formulär "Operativ behandling". Används för att kontrollera att formuläret är kopplat till rätt "Operativ behandling". Går ej att ändra.                                                                                                                              |
| <i>Utskrivningsdatum efter operation</i><br>Obligatorisk                                                                     | Ange utskrivningsdatum efter operation. Måste vara senare än operationsdatum.<br>ååååmmdd                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Utskriven till</i><br>Obligatorisk                                                                                        | Ange Utskriven till. Enbart ett alternativ ska anges <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemmet</li> <li>2. Annan kirurgisk klinik</li> <li>3. Annan klinik inklusive rehabiliteringsklinik</li> <li>4. Sjukhem</li> <li>5. Övrig konvalescens</li> <li>6. Annan</li> <li>7. Avliden</li> </ol> |
| <i>Planerad ytterligare behandling</i><br>Obligatorisk**                                                                     | Ange om ytterligare behandling planerats. Enbart ett alternativ ska anges. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingen</li> <li>2. Kurativt syftande kemo-/radioterapi</li> <li>3. Palliativ kemo-/radioterapi</li> </ol>                                                                         |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                              | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | 4. Endoluminal behandling<br>5. Öppen resektion<br>**Denna variabel är tvingande obligatorisk vilket innebär att den måste vara ifylld för att formuläret ska räknas som ifyllt av bevakningsmallar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Behandlande sjukhus/klinik</i>                  | Anges om man valt:<br>Kurativt syftande kemo-/radioterapi<br>Palliativ kemo-/radioterapi<br>Endoskopisk resektion<br>Öppen resektion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Endoluminala komplikationer</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Återinlagd inom 30 dagar</i><br>Obligatorisk    | Ange om patienten blivit återinlagd inom 30 dagar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, relaterat till utförd operation</li> <li>• Ja, ej relaterat till utförd operation</li> <li>• Nej, ingen återinläggning</li> <li>• Uppgift saknas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Upptrappning av vårdnivå</i><br>Obligatorisk    | Ange om vårdnivån har förändrats pga komplikationer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen upptrappning av vårdnivå</li> <li>• Upptrappning av vårdnivå (Intensivvård eller liknande)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Perforation</i>                                 | Ange Nej/Ja om patienten fått en perforation<br>Endoskopisk eller röntgenverifierad perforation alt klinisk misstanke om perforation som medfört blodprovstagnning utöver rutinprovtagning och inläggning för observation på perforationsmisstanke.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Blödning</i>                                    | Ange Nej/Ja om postoperativ blödning<br>Signifikant Hb fall (>20%) och/eller transfusionskrävande blödning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Striktur</i>                                    | Ange Nej/Ja om patienten fått en striktur<br>Nyuppkommen strikturutveckling inom 30 dagar som kan relateras till ingreppet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Clavien-Dindoklassificering</i><br>Obligatorisk | Klassificera den svåraste komplikationen enligt Clavien-Dindo klassificering:<br>Grad I<br><i>Avvikelse från normalt postop förlopp utan behov av farmakologisk behandling el kirurgiska, endoskopiska och radiologiska interventioner. Tillåtna terapeutiska behandlingar: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika och elektrolyt-ersättning samt sjukgymnastik. Denna grad om-fattar även sårinfektioner öppnade på sängkanten.</i><br>Grad II<br><i>Farmakologisk behandling krävdes inklusive blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika, elektrolytersättning.</i><br>Grad IIIa<br><i>Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling utan narkos.</i> |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                        | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | <p>Grad IIIb<br/><i>Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling i narkos.</i></p> <p>Grad IVa<br/><i>Livshotande komplikation (inklusive CNS) med svikt av ett organ (inklusive dialys) som krävt intensivvård.</i></p> <p>Grad IVb<br/><i>Livshotande komplikation (inklusive CNS) med multiorgansvikt som krävt intensivvård.</i></p> <p>Grad V<br/><i>Död</i></p> |
| <i>Komplikation till grund för Clavien-Dindo klassificering</i>              | De komplikationer som är angivna enligt ovan är valbara i listan i INCA. Välj den svåraste komplikationen som ligger till grund för Clavien-Dindoklassificering                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Har patienten haft andra komplikationer än ovan nämnda komplikationer</i> | Nej/Ja<br>Om ja, beskriv annan komplikation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Åtgärd/Kvalitetsmått</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Upptrappning av vårdnivå</i><br>Obligatorisk                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen upptrappning av vårdnivå</li> <li>Upptrappning av vårdnivå (intensivvård eller liknande)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Postoperativa blodtransfusioner</i><br>Obligatorisk                       | Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Om postoperativa blodtransfusioner = Ja</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Antal transfunderade enheter blod</i><br>Obligatorisk                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>1-2 enheter</li> <li>3-4 enheter</li> <li>5 eller fler enheter</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Återinlagd inom 30 dagar</i><br>Obligatorisk                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ja, relaterat till utförd operation</li> <li>Ja, ej relaterat till utförd operation</li> <li>Nej, ingen återinläggning</li> <li>Uppgift saknas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PAD</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>PAD nr från operationspreparat</i><br>Obligatorisk                        | Ange preparatnummer från operationspreparat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Preparatår från operationspreparat</i><br>Obligatorisk                    | Ange det år då preparatet registrerades på patologen och som finns angivet på PAD-svaret                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Patologlab</i><br>Obligatorisk                                            | Välj i listan den patologavdelning som utfört analysen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                       | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Histologisk typ av tumör från operationspreparat</i><br><br>Obligatorisk | Ange histologisk typ av tumör som anges i PAD från operationspreparatet.<br><br>Enbart ett alternativ anges <ul style="list-style-type: none"><li>• Adenocarcinom</li><li>• Skivepitelcancer</li><li>• Odiffr cancer</li><li>• Adenocarcinom in situ/HGD</li><li>• Skivepitelcancer in situ/HGD</li><li>• Odiffr cancer in situ/HGD</li><li>• Tidigare malignt PAD-fynd kan ej verifieras</li></ul> |
| <i>Patologisk differentieringsgrad</i>                                      | Ange differentieringsgrad <ul style="list-style-type: none"><li>• G1 högt differentierad</li><li>• G2 medelhögt differentierad</li><li>• G3 lågt differentierad</li><li>• GX ej bedömd eller fastställd</li></ul>                                                                                                                                                                                   |
| <i>Postop bedömning av pT-stadium</i>                                       | Tumörstadium baserat på histopatologisk grund<br><br>T0, Tis, T1, T1a, T1b, T2, T3, T4, T4a, T4b, TX                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Tumördjup (pT)                                                                                                                    | Esofaguscancer                  | Ventrikeltumör                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Primärtumören ej bedömbär                                                                                                         | Tx                              | Tx                              |
| Ingen påvisbar primärtumör                                                                                                        | T0                              | T0                              |
| Intraepitelial tumör som ej penetrerar lamina propria (Tidigare kallad Carcinoma in situ)                                         | HGD (Tis)<br>Höggradig dysplasi | HGD (Tis)<br>Höggradig dysplasi |
| Tumören invaderar mucosans lamina propria eller muscularis mucosa.                                                                | T1a                             | n/a                             |
| Tumören invaderar submucosa                                                                                                       | T1b                             | n/a                             |
| Tumören invaderar muscularis propria                                                                                              | T2                              | T2                              |
| Tumören invaderar subserosan/adventitien men invaderar ej visceral peritoneum (vid ventrikeltumör) eller kringliggande strukturer | T3                              | T3                              |
| Resektabel tumör som invaderar kringliggande organ                                                                                | T4a                             | T4a                             |
| Ej resektabel tumör som invaderar kringliggande organ                                                                             | T4b                             | T4b                             |

Esofagus - Ventrikeltumör

Mucosa { Epithel  
Lamina propria  
Muscularis mucosa }  
Submucosa { SM 1  
SM 2  
SM 3 }  
Muscularis propria  
Adventitia (esofagus)  
Subserosa (ventrikel)

HGD Höggradig dysplasi  
Tidigare kallad Cancer in situ

T1a Intramucosal  
T1b submucosal  
T2 Intramucosal  
T3 adventitia/subserosa  
T4a överväxt - resektabel  
T4b överväxt ej resektabel

|                   |                                                                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>m (mucosa)</i> | Ange 1, 2, 3 eller ej angivet Se bild T-stadium ovan<br><br>Växtdjup m = mucosa<br><br>1 = Epitel<br>2 = Lamina propria |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                   | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                         | 3 = Muscularis mucosa<br>Ej angivet                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>sm (submucosa)</i>                                                                                                   | Ange 1, 2, 3 eller ej angivet Se bild T-stadium ovan<br>Växtdjup sm = submucosa<br>1 = SM1<br>2 = SM2<br>3 = SM3<br>Ej angivet                                                                                                                                                                 |
| <i>Växtdjup i µm ej angivet</i>                                                                                         | Klicka på ruta om växtdjupet i µm ej är angivet                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Växtdjup i µm</i>                                                                                                    | Ange växtdjup i µm 0-5000                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Radikalitet</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Radikalitet mot djupet</i>                                                                                           | Ange Nej/Ja eller Ej angivet om radikalitet mot djupet                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Radikalitet i sidled</i>                                                                                             | Ange Nej/Ja eller Ej angivet om radikalitet i sidled                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Lymfinvasion</i>                                                                                                     | Ange Nej/Ja eller Ej angivet om lymfinvasion                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Veninvasion</i>                                                                                                      | Ange Nej/Ja eller Ej angivet om veninvasion                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Studie</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Patienten inkluderad i EPN-prövad studie?</i>                                                                        | Ange om patienten är inkluderad i studie godkänd av etikprövningsnämnd<br>Nej / Ja                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Partiell resektion ventrikel, gastrektomi, partiell resektion esofagus, esophagektomi, esofagogastrektomi, annat</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Operationsdatum</i>                                                                                                  | Uppgift hämtas automatiskt från formulär "Operativ behandling". Används för att kontrollera att formuläret är kopplat till rätt "Operativ behandling". Går ej att ändra.                                                                                                                       |
| <i>Utskrivningsdatum efter operation</i><br>Obligatorisk                                                                | Ange utskrivningsdatum efter operation (måste vara senare än operationsdatum)<br>ååååmmdd                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Utskriven till</i><br>Obligatorisk                                                                                   | Ange Utskriven till, enbart ett alternativ ska anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemmet</li> <li>• Annan kirurgisk klinik</li> <li>• Annan klinik inklusive rehabiliteringsklinik</li> <li>• Sjukhem</li> <li>• Övrig konvalescens</li> <li>• Annan</li> <li>• Avliden</li> </ul> |
| <i>Planerad ytterligare behandling</i><br>Obligatorisk                                                                  | Ange om ytterligare behandling planerats, enbart ett alternativ ska anges <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen</li> <li>• Kurativt syftande kemo-/radioterapi</li> <li>• Palliativ kemo-/radioterapi</li> <li>• Endoskopisk resektion</li> </ul>                                     |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                   | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Öppen resektion</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Behandlande sjukhus/klinik                                                                              | <p>Anges om man valt:</p> <p>Kurativt syftande kemo-/radioterapi</p> <p>Palliativ kemo-/radioterapi</p> <p>Endoskopisk resektion</p> <p>Öppen resektion</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Komplikationer enligt ECCG                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Postoperativa komplikationer                                                                            | Ange Nej/Ja om postoperativa komplikationer inom 30 dagar efter huvudoperationen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Postoperativa komplikationer = Ja                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Gastrointestinala<br>Obligatorisk                                                                       | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Gastrointestinala = JA Specificera vilken eller vilka komplikationer. Minst ett alternativ måste anges. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Läckage från anastomos, staplerad eller från lokaliserad substitutnekros                                | <p>Esophagogastric leak from anastomosis, staple line or localized conduit necrosis</p> <p>Ange svårighetsgrad</p> <p>Defined as: Full thickness GI defect involving esophagus, anastomosis, staple line, or conduit irrespective of presentation or method of identification</p> <p>Type I<br/>Local defect requiring no change in therapy or treated medically or with dietary modification</p> <p>Type II<br/>Localized defect requiring interventional but not surgical therapy, for example, interventional radiology drain, stent or bedside opening, and packing of incision</p> <p>Type III<br/>Localized defect requiring surgical therapy</p> |
| Nekros i rekonstruktion som kräver kirurgi                                                              | <p>Conduit necrosis/failure requiring surgery</p> <p>Ange nekrostyp</p> <p>Type I:<br/>Conduit necrosis focal Identified endoscopically (Treatment—Additional monitoring or non-surgical therapy)</p> <p>Type II:<br/>Conduit necrosis focal Identified endoscopically and not associated with free anastomotic or conduit leak (Treatment—Surgical therapy not involving esophageal diversion)</p> <p>Type III:<br/>Conduit necrosis extensive (Treatment—Treated with conduit resection with diversion)</p>                                                                                                                                           |
| Subileus – tunntarmsdysfunktion                                                                         | Small bowel obstruction. Komplikationen har inte krävt operation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                                                      | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>som förhindrar eller fördröjer enteral nutrition.</i>                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Åtgärdskrävande tunntarmsobstruktion</i>                                                                                                                | Ileus requiring intervention                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Komplikation till kateterejunostomi</i>                                                                                                                 | Feeding J-tube complication                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Pyloromyotomi/ pyloroplastisk komplikation</i>                                                                                                          | Pyloromyotomy / pyloroplasty complication                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Clostridium difficile-infektion</i>                                                                                                                     | Clostridium difficile Infection                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Gastrointestinal blödning som kräver åtgärd eller transfusion</i>                                                                                       | GI bleeding requiring intervention or transfusion                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Pankreatit</i>                                                                                                                                          | Pancreatitis                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Leverdysfunktion</i>                                                                                                                                    | Liver dysfunction                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Fördröjd tömning från rekonstruktion som krävt åtgärd alternativt förlängt sjukhusvistelsen, alternativt kvarvarande sond-behandling mer än 7 dagar</i> | Delayed gastric emptying requiring intervention or delaying discharge or requiring maintenance of NG drainage >7 days post-op                                                                                                                                        |
| <i>Pulmonella</i><br>Obligatorisk                                                                                                                          | Ange Nej/Ja om pulmonella komplikationer                                                                                                                                                                                                                             |
| <b><i>Pulmonella = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i></b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Pneumoni</i>                                                                                                                                            | The presence of a new or progressive radiographic infiltrate plus at least two of three following clinical features: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fever greater than 38° C</li> <li>• Leukocytos or leukopenia</li> <li>• Purulent secretions</li> </ul> |
| <i>Pleuravätska som krävt postoperativt dränage</i>                                                                                                        | Pleural effusion requiring additional drainage procedure                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Pneumothorax som krävt åtgärd</i>                                                                                                                       | Pneumothorax requiring intervention.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Atelektas pga slemplugg som krävt bronkoskopi</i>                                                                                                       | Atelectasis mucous plugging requiring bronchoscopy.                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Andningssvikt som krävt reintubation</i>                                                                                                                | Respiratory failure requiring reintubation.                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>ARDS (Acute respiratory distress syndrome)</i>                                                                                                          | Se länk – <a href="http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1160659">Acute respiratory distress syndrome</a><br><a href="http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1160659">http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1160659</a>              |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                            | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Akut aspiration</i>                                                           | Acute aspiration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Trakeobronkial skada</i>                                                      | Tracheobronchial injury                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Behov av thoraxdrän för luftläckage &gt;10 dagar efter operation</i>          | Chest tube drainage for >10 days post-op                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Kardiovaskulära</i><br>Obligatorisk                                           | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Kardiovaskulära = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Hjärtstillestånd som kräver hjärt-lungräddning</i>                            | Cardiac arrest requiring CPR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Hjärtinfarkt</i>                                                              | Se länk - <a href="https://academic.oup.com/ije/article/40/1/139/661047/World-Health-Organization-definition-of-myocardial">Myocardial infarction</a><br><a href="https://academic.oup.com/ije/article/40/1/139/661047/World-Health-Organization-definition-of-myocardial">https://academic.oup.com/ije/article/40/1/139/661047/World-Health-Organization-definition-of-myocardial</a> |
| <i>Förmaksarytmi som krävt intervention</i>                                      | Dysrhythmia atrial requiring intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Ventrikulärytmi som krävt intervention</i>                                    | Dysrhythmia ventricular requiring intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Hjärtsvikt som krävt intervention</i>                                         | Congestive heart failure requiring intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Pericardit som krävt intervention</i>                                         | Pericarditis requiring intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Tromboemboliska</i><br>Obligatorisk                                           | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Tromboemboliska = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Djup ventrombos (DVT)</i>                                                     | DVT (depp venous thrombosis)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Lungemboli</i>                                                                | PE (pulmonary embolus)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Stroke</i>                                                                    | Stroke (CVA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>Perifer tromboflebit</i>                                                      | Peripheral thrombophlebitis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Urologiska</i><br>Obligatorisk                                                | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Urologiska = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <i>Akut njursvikt</i>                                                            | Acute renal insufficiency defined as doubling of baseline creatinine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Akut njursvikt som kräver dialys</i>                                          | Acute renal failure requiring dialysis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Urinvägsinfektion</i>                                                         | Urinary infection                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

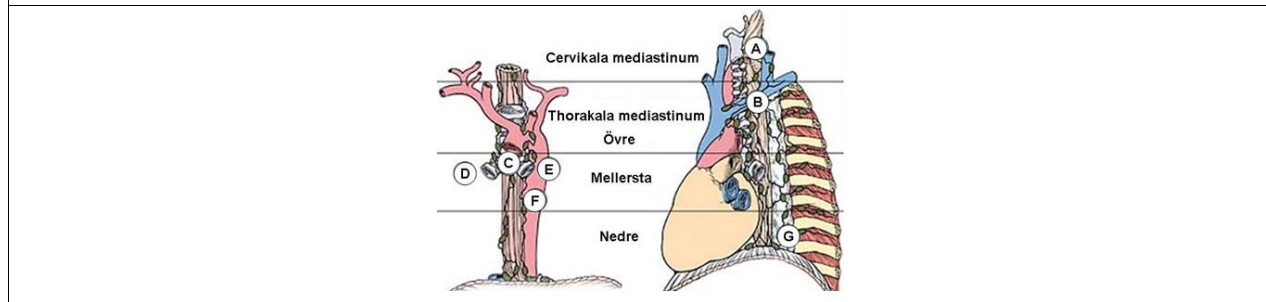
| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                           | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Urinretention som krävt återinsättning av KAD, fördröjt utskrivning eller förorsakat kvarvarande kateter vid utskrivning</i> | Urinary retention requiring reinsertion of urinary catheter, delaying discharge or discharge with urinary catheter                                                                                                               |
| <i>Infektiösa</i><br>Obligatorisk                                                                                               | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Infektiösa = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>CVK infektion som krävt borttagning av kateter eller antibiotikabehandling</i>                                               | Central IV line infection requiring removal or antibiotics                                                                                                                                                                       |
| <i>Intrathorakal/ Intraabdominell abscess</i>                                                                                   | Intrathoracic/intra-abdominal abscess                                                                                                                                                                                            |
| <i>Generaliserad sepsis</i>                                                                                                     | Se länk - <a href="https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db62.htm">Generalized sepsis CDC definition</a><br><a href="https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db62.htm">https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db62.htm</a> |
| <i>Andra infektioner som kräver antibiotika</i>                                                                                 | Other infections requiring antibiotics                                                                                                                                                                                           |
| <i>Sårinfektion som krävt debridering eller antibiotika</i>                                                                     | Wound Infection requiring opening wound or antibiotics                                                                                                                                                                           |
| <i>Nerologiska/Psykiatriska</i><br>Obligatorisk                                                                                 | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Neurologiska/Psykiatriska = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i>                                      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Rekurrensnervskada</i>                                                                                                       | Recurrent laryngeal nerve injury<br><br>Defined as: Vocal cord dysfunction post-resection. Confirmation and assessment should be by direct examination                                                                           |
| <i>Skada på recurrensnerven ikryssad</i>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Rekurrensnervskada</i>                                                                                                       | Ange typ av skada                                                                                                                                                                                                                |
| <i>Typ Ia</i>                                                                                                                   | Unilateral - Transient injury requiring no therapy Dietary modification allowed                                                                                                                                                  |
| <i>Typ Ib</i>                                                                                                                   | Bilateral – Transient injury requiring no therapy Dietary modification allowed                                                                                                                                                   |
| <i>Typ IIa</i>                                                                                                                  | Unilateral – Injury requiring elective surgical procedure, for example, thyroplasty or medialization procedure                                                                                                                   |
| <i>Typ IIb</i>                                                                                                                  | Bilateral – Injury requiring elective surgical procedure, for example, thyroplasty or medialization procedure                                                                                                                    |
| <i>Typ IIIa</i>                                                                                                                 | Unilateral - Injury requiring acute surgical intervention (due to aspiration or respiratory issues), for example, thyroplasty or medialization procedure                                                                         |
| <i>Typ IIIb</i>                                                                                                                 | Bilateral – Injury requiring acute surgical intervention (due to aspiration or respiratory issues), for example, thyroplasty or medialization procedure                                                                          |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                             | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Annan neurologisk skada</i>                                                                    | Other neurologic injury                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Akut delirium</i>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Delirium tremens</i>                                                                           | Delirium tremens. Se länk <a href="http://www.wai.wisc.edu/pdf/phystoolkit/diagnosis/DSM-IV_Criteria_Delirium.pdf">Delirium</a><br>http://www.wai.wisc.edu/pdf/phystoolkit/diagnosis/DSM-IV_Criteria_Delirium.pdf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Thoraxvägg, Bukvägg, Diafragma</i><br>Obligatorisk                                             | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Thoraxvägg, Bukvägg, Diafragma = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste anges</i>   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Sårruptur thorax</i>                                                                           | Thoracic wound dehiscence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Akut sårruptur/hernia bukvägg</i>                                                              | Acute abdominal wall dehiscence / hernia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Akut diafragmabräck</i>                                                                        | Acute diaphragmatic hernia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Övriga komplikationer</i><br>Obligatorisk                                                      | Ange Nej/Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Övriga komplikationer = Ja. Minst en av nedanstående komplikationer måste väljas</i>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Chylus läckage</i>                                                                             | Chyle leak: ange svårighetsgrad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Typ Ia - &lt; 1 liter Chyle output/day. Treatment – enteric dietary modifications</li> <li>• Typ Ib - &gt; 1 liter Chyle output/day. Treatment - enteric dietary modifications</li> <li>• Typ IIa - &lt; 1 liter Chyle output/day. Treatment – total parenteral nutrition (TPN)</li> <li>• Typ IIb - &gt; 1 liter Chyle output/day. Treatment – total parenteral nutrition (TPN)</li> <li>• Typ IIIa - &lt; 1 liter Chyle output/day. Treatment – interventional or surgical therapy</li> <li>• Typ IIIb - &gt; 1 liter Chyle output/day. Treatment – interventional or surgical therapy</li> </ul> |
| <i>Reoperation orsakat av annat än blödning, anastomosläckage eller nekros i rekonstruktionen</i> | Reoperation for reasons other than bleeding, anastomotic leak or conduit necrosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Multiorgansvikt</i>                                                                            | Multisystem organ failure                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Clavien-Dindoklassificering</i><br>Obligatorisk                                                | Klassificera den svåraste komplikationen enligt Clavien-Dindo klassificering:<br>Grad I<br><i>Avvikelse från normalt postop förlopp utan behov av farmakologisk behandling el kirurgiska, endoskopiska och radiologiska interventioner. Tillåtna terapeutiska behandlingar: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika och elektrolytersättning samt sjukgymnastik. Denna grad omfattar även sårinfektioner öppnade på sängkanten.</i>                                                                                                                                                                                                                          |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                      | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            | <p>Grad II<br/><i>Farmakologisk behandling krävdes inklusive blodtransfusion eller parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika, elektrolytersättning.</i></p> <p>Grad IIIa<br/><i>Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling utan narkos.</i></p> <p>Grad IIIb<br/><i>Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling i narkos.</i></p> <p>Grad IVa<br/><i>Livshotande komplikation (inklusive CNS) med svikt av ett organ (inklusive dialys) som krävt intensivvård.</i></p> <p>Grad IVb<br/><i>Livshotande komplikation (inklusive CNS) med multiorgansvikt som krävt intensivvård.</i></p> <p>Grad V<br/><i>Död</i></p> |
| <p><i>Komplikation till grund för Clavien-Dindo klassificering</i></p> <p>Obligatorisk</p> | <p>Valda komplikationer i INCA visas i en lista. Markera den komplikation som ligger till grund för Clavien-Dindo klassificeringen</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><i>Har patienten haft andra komplikationer än ovan nämnda</i></p> <p>Obligatorisk</p>   | <p>Ange Nej/Ja</p> <p>Om Ja, beskriv annan komplikation i klartext</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Åtgärd/Kvalitetsmått</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><i>Upptäckning av vårdnivå</i></p> <p>Obligatorisk</p>                                  | <p>Ange om vårdnivån har förändrats p.g.a. komplikationer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen upptäckning av vårdnivå</li> <li>• Upptäckning av vårdnivå (intensivvård eller liknande)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><i>Postoperativa blodtransfusioner</i></p>                                              | <p>Ange Nej/Ja</p> <p>Endast postoperativa blodtransfusioner<br/>(Peroperativa blodtransfusioner anges i operationsformuläret)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><i>Antal postoperativt transfunderade enheter blod</i></p>                              | <p>Ange antal transfunderade enheter blod</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-2</li> <li>• 3-4</li> <li>• 5 eller fler</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><i>Återinlagd inom 30 dagar</i></p> <p>Obligatorisk</p>                                 | <p>Ange om patienten blivit återinlagd inom 30 dagar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, relaterat till utförd operation</li> <li>• Ja, ej relaterad till utförd operation</li> <li>• Nej, ingen återinläggning</li> <li>• Uppgift saknas</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                           | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAD</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <i>PAD nr från op preparat</i><br>Obligatorisk                                                                  | Ange PAD nummer från operationspreparat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>Preparatår från op preparat</i><br>Obligatorisk                                                              | Ange preparatnummer från operationspreparat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Patologlab</i><br>Obligatorisk                                                                               | Ange patologlab som skrivit svar på operationspreparatet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>Histologisk typ av tumör från operationspreparat</i><br><i>Synlig och obligatorisk om Biopsi utförd = Ja</i> | <p>Ange histologisk typ av tumör</p> <p>Endast ett alternativ ska anges</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenocarcinom</li> <li>• Skivepitelcancer</li> <li>• Odiff cancer</li> <li>• Adenocarcinom in situ/HGD</li> <li>• Skivepitelcancer in situ/HGD</li> <li>• Odiff cancer in situ/HGD</li> <li>• Tidigare malignt PAD fynd kan ej verifieras</li> </ul> <p>Begreppet cancer i Barrett's esofagus innefattar grav dysplasi i Barrettslemhinnan, cancer in situ i Barrett's esofagus samt cancer i Barrett's esofagus. I de fall något av dessa tillstånd förekommer är det alltid ett adenocarcinom/adenocarcinom in situ och ska klassas som detta. Adenocarcinom i esofagus kan alltså vara adenocarcinom med eller utan Barrett's esofagus, dvs alla adenocarcinom i esofagus är inte associerade med Barrett's esofagus. Höggradig Barrett dysplasi (körtelcancer in situ; TiS) registreras på diagnoskod C15.5.</p> |
| <i>Patologisk differentieringsgrad</i><br>Obligatorisk                                                          | <p>G1 Högt differentierad</p> <p>G2 Medelhögt differentierad</p> <p>G3 Lågt differentierad</p> <p>GX Ej bedömd eller fastställd</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Postop bedömning av pT-stadium</i><br>Obligatorisk                                                           | <p>Ange pT-stadium</p> <p>T0 Ingen påvisbar primärtumör</p> <p>HGD/Tis Intraepitelial tumör som ej penetrerar lamina propria (tidigare kallad carcinoma in situ)</p> <p>T1 Tumörinvasion till lamina propria eller submucosa</p> <p>T1a Tumören invaderar mucosans lamina propria eller muscularis mucosa</p> <p>T1b Tumören invaderar submucosa</p> <p>T2 Tumören invaderar muscularis propria</p> <p>T3 Tumören invaderar subserosan/adventita men invaderar ej visceral peritoneum (vid ventrikelcancer) eller kringliggande strukturer</p> <p>T4 Tumör som invaderar kringliggande organ</p> <p>T4a Resektabel tumör som invaderar kringliggande organ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| POSTOPERATIVT FÖRLOPP                                                                                                                                                                                                                                                    | Beskrivning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | T4b Ej resektabel tumör som invaderar kringliggande organ<br>TX Primärtumören ej bedömbär                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <i>PAD radikalitet</i>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>Radikalitet</i><br>Obligatorisk                                                                                                                                                                                                                                       | Ange endast ett alternativ <ul style="list-style-type: none"> <li>R0 = Inga tumörceller inom 1 mm från resektionskant</li> <li>R1 = Tumörceller inom 1 mm från resektionskant</li> <li>R2 = Kvarlämnad tumörvävnad synlig för ögat under resektionen</li> </ul> Om det finns tumör kvar i resektionsranden dvs om R1 eller R2 angivits så ska det anges om det betingas av den proximala, distala eller cirkumferentiella resektionsranden. Detta kan betingas av tumörväxt i en, två eller alla tre ovan angivna positioner. Någon av dessa tre alternativ måste vara ifyllt då R1 eller R2 valts, men aldrig då R0 valts. |
| <i>Proximalt</i>                                                                                                                                                                                                                                                         | Ange radikalitet enligt PAD-utlåtande. Kan endast fyllas i då R1 eller R2 kryssats för.<br>Nej / Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Distalt</i>                                                                                                                                                                                                                                                           | Ange radikalitet enligt PAD-utlåtande. Kan endast fyllas i då R1 eller R2 kryssats för.<br>Nej / Ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>Cirkulärt</i>                                                                                                                                                                                                                                                         | Ange radikalitet enligt PAD-utlåtande. Kan endast fyllas i då R1 eller R2 kryssats för.<br>Nej / Ja<br>Med cirkulär radikalitet menas tumörfrihet ut i periferin mot resektionsytan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>pN, pM</i><br>Obligatorisk                                                                                                                                                                                                                                            | Ange tumörstadium baserat på histopatologisk och klinisk grund enligt TNM 7 (UICC 2009)<br>pN: Tumörstadium baserat på histopatologisk grund<br>pM: Baseras på histopatologisk alternativt klinisk grund                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tumörpositiva lymfkörtelstationer (N, M)                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Esofaguscancer 15.0-16.0X      Ventrikeltcancer 16.1-16.9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| [1] Cardia höger, [2] Cardia vänster, [3] Curvatura minor<br>[7] A gastrica sin, [8] A hepatica, [9] Truncus coeliacus<br>[11] A lienalis                                                                                                                                | N      N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| [A] Cervikala (v jugularis int, övre och nedre cervikala, periesofageala,)<br>[B] Paratrakeala, [C] Subcarinala, [D] Höger huvudbronk, [E] Vänster huvudbronk,<br>[F] Paraesofageala – mellersta thorakala mediastinum, [G] Paraesofageala – nedre thorakala mediastinum | N      M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| [4] Curvatura major, [5] Suprapylorala, [6] Infrapylorala                                                                                                                                                                                                                | M      N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| [10] Mjälthilus<br>[12] Hepatoduodenala lig, [13] Posteriora pancreashuvudet, [14] Mesenterialkärtsroten<br>[15] Mesocolon transversum, [16] Paraaortala                                                                                                                 | M      M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



Lathund för pTNM-klassificering och stadieberäkning (TNM8)

Esofaguscancer – inkl gastroesofageala övergången (cardia), ICD-koder C15.0-C16.0

Ventrikeltcancer – utom gastroesofageala övergången, ICD-koder C16.1-C16.9

| <i>pN och pM sammanställning</i>    |                             |                  |                                                                       |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
|                                     | Esofaguscancer              | Ventrikeltcancer |                                                                       |  |
| Regionala lymfkörtlar ej bedömbare  | Nx                          | Nx               | Regionala lymfkörtlar ej bedömbare                                    |  |
| Inga regionala lymfkörtelmetastaser | N0                          | N0               | Inga regionala lymfkörtelmetastaser                                   |  |
| 1-2 Regionala lymfkörtelmetastaser  | N1                          | N1               | 1-2 Regionala lymfkörtelmetastaser                                    |  |
| 3-6 Regionala lymfkörtelmetastaser  | N2                          | N2               | 3-6 Regionala lymfkörtelmetastaser                                    |  |
| ≥7 Regionala lymfkörtelmetastaser   | N3                          | N3               | ≥7 Regionala lymfkörtelmetastaser                                     |  |
| n/a                                 | n/a                         | N3a              | 7-15 Regionala lymfkörtelmetastaser                                   |  |
| n/a                                 | n/a                         | N3b              | ≥16 Regional lymfkörtelmetastaser                                     |  |
| Inga fjärrmetastaser                | M0                          | M0               | Inga fjärrmetastaser                                                  |  |
| Förekomst av fjärrmetastaser        | M1                          | M1               | Förekomst av fjärrmetastas eller positiv cytologi från buksköljvätska |  |
| <b>Lymfkörtlar</b>                  |                             |                  |                                                                       |  |
| Välj undersökta lymfkörtlar         | Ange undersökta lymfkörtlar |                  |                                                                       |  |

| Lymfkörtlar, undersökta resp<br>tumörpositiva, N, M             | Antal lymfkörtlar<br>undersökta av patolog                                                                                                                                                                                                                                                             | Antal tumörpos<br>lymfkörtlar | Esofaguscancer<br>15.0-16.0X | Ventrikeltcancer<br>16.1-16.9 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Lymfkörtelstationer hals-thorax</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                              |                               |
| [A] Paraesofageala - Cervikalt                                  | [A] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [B] Paratrakeala                                                | [B] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [C] Subcarinala                                                 | [C] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [D] Hö huvudbronk                                               | [D] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         | N                            | M                             |
| [E] Vå huvudbronk                                               | [E] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [F] Paraesofageala - mellersta thorakala mediastinum            | [F] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [G] Paraesofageala - nedre thorakala mediastinum                | [G] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [H] Övriga Cervikala                                            | [H] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         | M                            | M                             |
| <b>Lymfkörtelstationer buk</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                              |                               |
| [1] Cardia höger                                                | [1] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [2] Cardia vänster                                              | [2] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [3] Curvatura minor                                             | [3] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [7] A gastrica sin                                              | [7] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         | N                            | N                             |
| [8] A hepatica                                                  | [8] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [9] Truncus coeliacus                                           | [9] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [11] A lienalis                                                 | [11] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| [4] Curvatura major                                             | [4] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         | M                            | N                             |
| [5] Suprapylorala                                               | [5] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [6] Infrapylorala                                               | [6] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              | .....                         |                              |                               |
| [10] Mjälthilus                                                 | [10] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| [12] Hepatoduodenala lig                                        | [12] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| [13] Posteriora pancreashuvudet                                 | [13] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         | M                            | M                             |
| [14] Mesenteriakärlsroten                                       | [14] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| [15] Mesocolon transversum                                      | [15] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| [16] Paraaortala                                                | [16] .....                                                                                                                                                                                                                                                                                             | .....                         |                              |                               |
| <b>Antal lymfkörtlar<br/>undersökta av patolog</b>              | Ange de antal lymfkörtlar per lymfkörtelstation som undersökts av patolog                                                                                                                                                                                                                              |                               |                              |                               |
| <b>Antal tumörpositiva<br/>lymfkörtlar</b>                      | Ange antal tumörpositiva lymfkörtlar påvisade med rutinhistologiska metoder. I de fall mikrometastaser hittats med specialmetoder, där rutinhistologi inte påvisar tumörmetastas, räknas det fyndet inte som tumörpositivt.                                                                            |                               |                              |                               |
| <b>Totalt antal undersökta<br/>lymfkörtlar</b>                  | Utifrån antalet angivna undersökta lymfkörtlar beräknas totalen automatiskt i INCA.                                                                                                                                                                                                                    |                               |                              |                               |
| <b>Totalt antal tumörpositiva<br/>lymfkörtlar</b>               | Utifrån antalet angivna tumörpositiva lymfkörtlar beräknas totalen automatiskt i INCA.                                                                                                                                                                                                                 |                               |                              |                               |
| <b>Stadium</b>                                                  | I INCA beräknas stadium automatiskt utifrån inrapporterade uppgifter om ICD-kod för definitiv tumörlokal, TNM och histologisk typ av tumör från operationspreparat. För att stadieberäkning ska kunna utföras måste Diagnostik- och Operativ behandling vara inrapporterade till registret.            |                               |                              |                               |
| <b>Tumörregression graderas enligt Becker</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                              |                               |
| <b>Tumörregression<br/>graderas enligt Becker</b>               | Tumörregression efter neoadjuvant onkologisk behandling graderas enligt Becker. Obligatorisk. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen kvarvarande tumör</li> <li>&lt;10% kvarvarande tumör</li> <li>10-50% kvarvarande tumör</li> <li>&gt;50% kvarvarande tumör</li> <li>Ej tillämbart</li> </ul> |                               |                              |                               |
| <b>Studie</b>                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                              |                               |
| Patienten inkluderad i<br>EPN-prövad studie<br><br>Obligatorisk | Ange Nej/Ja om patienten är inkluderad i studie godkänd av etikprövningsnämnd.                                                                                                                                                                                                                         |                               |                              |                               |

## Visning av klinikens registerdata

### Interaktiv rapport – Öppet NREV

I den interaktiva rapporten går det att filtrera information på till exempel region, årtal och sjukhus. Du kan också skräddarsy en nationell eller regional rapport och välja ut lämpliga indikatorer. <https://cancercentrum.se/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/>

### Årsrapport i PDF

En årlig nationell rapport tas fram av den nationella styrgruppen för registret i samarbete med Regionalt cancercentrum norr. Alla rapporter finns i menyn till vänster.

<https://cancercentrum.se/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/>

### Statistik innanför inloggning

Innanför inloggning i INCA presenteras data i realtid. Här kan kliniken följa sina egna inrapporterade uppgifter. På startsidan finns **Koll på läget** som är en panel med kvalitetsindikatorer som visas på nivåerna sjukhus, region och riket.



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)