

Bilddiagnostik – restaging

Undersökningsdatum..... Ansvarig kirurgklinik, sjukhus ☐ Uppgifter saknas och formuläret kan ej ifyllas komplett	Personnr Namn <i>Insändes till</i> Regionalt Cancercentrum
Undersökning	
Kvarvarande tumör ☐ Ingen/mindre respons ☐ Nära komplett respons ☐ Kompletta respons	
Sammanlagd längd av tumör och fibros mm	
Längd på tumör mm	
Mucinöst inslag	☐ Nej ☐ Ja, fanns även tidigare ☐ Ja, nyttillkommet
Kvarvarande MRF+	☐ Nej ☐ Ja
Kvarvarande EMVI	☐ Nej ☐ Ja
Kvarvarande mesorektala lymfkörtelmetastaser	☐ Nej ☐ Ja
Kvarvarande laterala lymfkörtelmetastaser	☐ Nej ☐ Ja