UPPFÖLJNING, FJÄRRMETASTASER / POSTOPERATIVA LOKO-REGIONALA RECIDIV
Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC)

5

Formuläret bör skickas in vid nyupptäckta fjärrmetastaser / postoperativa loko-regionala recidiv och även vid uppföljning i samband med 5-års/långtidsuppföljning, även de patienter som ej opererats ska registreras.

Vid bilateral bröstcancer, fyll i ett formulär/sida.

Recidiv / fjärrmetastasrapporteringen ska enbart gälla patienter som inte hade fjärrmetastaser (M1) vid diagnos.

Inrapporterande sjukhus/enhet	Personnr .....
Inrapportör	Namn .....
	Datum för inrapportering ..... (År-mån-dag)

SIDA

❑ **Höger** ❑ **Vänster**

Datum för <u>senaste</u> kontakt ..... (År-mån-dag)
(återbesök, telefonkontakt, mammografi/screening eller andra uppgiftskällor gällande bröstcancerdiagnosen)

Finns det fjärrmetastaser / postoperativa loko-regionala recidiv ❑ Nej ❑ Ja ❑ Uppgift saknas
(nya eller tidigare upptäckta men ej tidigare registrerade)

*Om "**Nej**", eller "**Uppgift saknas**" ska inget mer fyllas i.*

*Om "**Ja**", fyll i uppgifter nedan gällande loko-regionala recidiv och/eller fjärrmetastaser.*

FJÄRRMETASTASER / POSTOPERATIVA LOKO-REGIONALA RECIDIV

❑ **Loko-regionalt recidiv att rapportera** ***(endast för opererade patienter)***

Flera lägen kan anges.
Loko-regionala recidiv = återfall på den opererade sidan: bröst/bröstkorgsvägg, axill och/eller parasternalt, supraclavikulärt, infraclavikulärt.
Endast det 1:a återfallet på respektive läge ska rapporteras.

❑ **Bröst/Bröstkorgsvägg på den opererade sidan** **Datum för 1:a upptäckt**..... (År-mån-dag)*

❑ **Lymfkörtlar i axill på den opererade sidan** **Datum för 1:a upptäckt**..... (År-mån-dag)*

❑ **Lymfkörtlar parasternalt/supraclavikulärt/ infraclavikulärt på den opererade sidan** **Datum för 1:a upptäckt**..... (År-mån-dag)*

❑ **Fjärrmetastas att rapportera**

(*endast datum och läge för 1:a fjärrmetastas ska rapporteras. Fjärrmetastaser = all fjärrlokaliserad spridning, som inte är loko-regional)*

Datum för upptäckt av 1:a fjärrmetastas .....(År-mån-dag)*****

Lokalisation 1:a fjärrmetastas *Flera lägen kan anges om samma datum*

❑ Hjärna ❑ Lunga/lungsäck ❑ Buk/bukvägg ❑ Lever ❑ Skelett ❑ Hud**

❑ Lymfkörtlar (ej regionala) *** ❑ Annan lokalisation, vilken……

* om exakt dag för upptäckt av recidiv och/eller fjärrmetastas saknas – ange dag 15
** om utanför operationsområdet dvs ej lokalrecidiv, exempelvis vid överväxt till rygg, flank eller andra bröstets hud
*** exempelvis lymfkörtelmetastas i buk/nacke/ljumske eller i den icke-opererade sidans axill eller fossa supraclavikularis. Lymfkörtelmetastaser i sammas sidas axill/parasternalt/fossa infra- eller supraclavikulärt räknas som loko-regionalt recidiv.

Se baksida för adress till respektive Regionalt Cancercentrum

REGIONALT CANCERCENTRUM	ADRESS
MELLANSVERIGE	Regionalt Cancercentrum Mellansverige Akademiska sjukhuset 751 85 Uppsala
NORR	Regionalt Cancercentrum Norr Norrlands Universitetssjukhus 901 85 Umeå
STOCKHOLM GOTLAND	Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland Box 30017 104 25 Stockholm
SYD	Regionalt Cancercentrum Syd Scheelevägen 8 223 81 Lund
SYDÖST	Regionalt Cancercentrum Sydöst Region Östergötland, 581 85 Linköping
VÄST	Regionalt Cancercentrum Väst Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg