

1. PASIENT/BEHANDLINGSINSTITUSJON

Fødselsnr	_____	Institusjon
Fornavn	Avdeling
Etternavn	<input type="radio"/> Innlagt	<input type="radio"/> Poliklinisk
		Dato	_____
Postnr	_____	Poststed
		Utskrevet	<input type="radio"/> I live <input type="radio"/> Død

2. MELDINGSTYPE (bare ett kryss)

Primær tumor Residiv* Dato _____ Metastase* Dato _____

Obduksjon** Dato _____

* Gå til punkt 5 **Fyll kun ut punkt 4

3. SYKDOMSTEGN OG DIAGNOSTIKK

Hadde pasienten symptomer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Symptomdebut (måned/år)	_____
Arvelig predisposisjon	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei		
Colo/rectoskopi	<input type="radio"/> Ja, tumor sett <input type="radio"/> Utført, tumor ikke sett <input type="radio"/> Ikke utført		
Rtg colon	<input type="radio"/> Ja, tumor sett <input type="radio"/> Utført, tumor ikke sett <input type="radio"/> Ikke utført		
CT-abdomen	<input type="radio"/> Ja, tumor sett <input type="radio"/> Utført, tumor ikke sett <input type="radio"/> Ikke utført		
Colografi (CT)	<input type="radio"/> Ja, tumor sett <input type="radio"/> Utført, tumor ikke sett <input type="radio"/> Ikke utført		
Klinisk undersøkelse alene	<input type="radio"/> Ja, sikker tumor		
Biopsi av tumor	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Pat. lab	Diagnosetidspunkt _____

4. TUMORS LOKALISASJON

Tumors lokalisasjon (Hvis flere, kryss av for de aktuelle)

Appendix Cøcum Ascendens Høyre fleksur

Transversum Venstre fleksur Descendens Sigmoidium (≥ 20 cm)

Rectosigmoid (16- $<$ 20 cm) Rectum ($<$ 16 cm fra analåpning på stivt skop) cm

Målt ved MR: øvre kant av m. puborektalis til nedre kant av tumor cm

5. SYKDOMSUTBREDELSE VED DIAGNOSE

				Utførte undersøkelser (basis for diagnostikk)			
Levermetastaser	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Mistenkt	→	<input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Ingen				
Lungemetastaser	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Mistenkt	→	<input type="checkbox"/> Rtg thorax <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Ingen				
Andre fjernmetastaser (inkl. perit. carcinomatose)	<input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Mistenkt	→	<input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Ingen				
	Hvis ja, hvor:		CEA: _____				
Dybdevekst av tumor i rectum og rectosigmoid	<input type="radio"/> I tarmvegg (T1-T2) <input type="radio"/> Gjennom tarmvegg (T3) <input type="radio"/> Innvekst naboorgan (T4)	→	<input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Ingen				
Antatt CRM	_____ mm	Antatt positive lymfeknuter	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Ikke utført				

6. FORBEHANDLING

Ingen Strålebehandling Kjemoterapi Radiokjemoterapi Avlastende stomi Stenting

7. BEHANDLING

Operert	<input type="radio"/> Ja	Dato	____ ____ ____ ____	<input type="radio"/> Nei	Årsak:	
Hastegrad	<input type="checkbox"/> Elektiv	<input type="checkbox"/> Akutt pga obstruksjon	<input type="checkbox"/> Akutt pga perforasjon			
	<input type="checkbox"/> Akutt pga annet					
Kirurgens preop. intensjon	<input type="radio"/> Kurativt	<input type="radio"/> Palliativt	<input type="radio"/> Usikker	ASA-score: <input type="text"/>		
GJENNOMFØRT OPERASJON	Opr. type	<input type="radio"/> Åpen	<input type="radio"/> Laparoskopi	<input type="radio"/> Laparoskopi, konvertert åpen		
a) Reseksjon av tumor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei (gå til b)	Pat. lab			
Colon	<input type="checkbox"/> Hemicol. dxt		<input type="checkbox"/> Utvidet hemicol. dxt		Rectum	
	<input type="checkbox"/> Hemicol. sin		<input type="checkbox"/> Utvidet hemicol. sin			
	<input type="checkbox"/> Transv. reseksjon		<input type="checkbox"/> Transv. + fleksurreseksjon			
	<input type="checkbox"/> Sigmoidreseksjon		<input type="checkbox"/> Subtotal kolektomi			
	<input type="checkbox"/> Annen					
	<input type="radio"/> Medialt/sentralt først		<input type="radio"/> Lateralt først			
Lymfeknudedisseksjon	<input type="radio"/> D3 Kar avsatt inntil a. mes. sup./aorta					
	<input type="radio"/> D2 Intermediær avsetting av kar					
	<input type="radio"/> D1 Tarmnær avsetting av kar					
			Anastomosnivå ____ ____ cm over analåpning			
			Anastomoseteknikk:			
			<input type="radio"/> ende-ende <input type="radio"/> side-ende <input type="radio"/> J-Pouch/Reservoir			
Anastomose etter reseksjon	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei	Avlastende stomi etter res./anast.		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	
Endestomi	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nei				
b) Operasjon uten reseksjon av tumorbærende tarmsegment:						
<input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Avlast. stomi <input type="checkbox"/> Kun ekspl. lap. <input type="checkbox"/> Stenting						
INTRAOPERATIVT FUNN/DIAGNOSE:			KONSEKVENNS:			
Levermetastaser	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, klinisk sikker	<input type="radio"/> Ja, mistenkt	<input type="checkbox"/> Biopsi tatt	<input type="checkbox"/> Reseksjon utført	
Peritoneal met./carcinomat.	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, klinisk sikker	<input type="radio"/> Ja, mistenkt	<input type="checkbox"/> Biopsi tatt	<input type="checkbox"/> Reseksjon utført	
Lymfeknutemet. utenfor res. område	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, klinisk sikker	<input type="radio"/> Ja, mistenkt	<input type="checkbox"/> Biopsi tatt	<input type="checkbox"/> Reseksjon utført	
Innvekst i naboorgan	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, klinisk sikker	<input type="radio"/> Ja, mistenkt	<input type="checkbox"/> Biopsi tatt	<input type="checkbox"/> Reseksjon utført	
Hvilke(t) organ:						
Perforasjon under operasjonen	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Tarm	<input type="checkbox"/> Tumor			
Resttumor lokalt (kirurgens vurdering)	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja, sikker	<input type="radio"/> Mulig			

8. KOMPLIKASJONER TIL OPERASJON

Komplikasjoner	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Anastomoselekkasje	<input type="checkbox"/> Annen	Spesifiser:	
Reoperasjon	<input type="radio"/> Nei	<input type="radio"/> Ja	Dato	____ ____ ____ ____	Spesifiser:

9. ETTERBEHANDLING

Planlagt etterbehandling	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ikke avklart	<input type="checkbox"/> Ja
	Hvis ja: <input type="checkbox"/> Strålebehandling <input type="checkbox"/> Kjemoterapi <input type="checkbox"/> Radiokjemoterapi <input type="checkbox"/> Kirurgi for metastaser		
Institusjon:		

Meldingsdato	Meldt av (navn (blokkbokstaver) + ID-nr.)	Signatur
____ ____ ____ ____		