

1. PASIENT/ BEHANDLINGSINSTITUSJON

Fødselsnr	<input type="text"/>	Institusjon	.....
Fornavn	.....	Avdeling	.....
Etternavn	.....	<input type="checkbox"/> Innlagt <input type="checkbox"/> Poliklinisk	Dato <input type="text"/>
Postnr	<input type="text"/>	Poststed	.....

2. MELDINGSTYPE

<input type="checkbox"/> Utredning	<i>Fyll ut pkt. 3</i>
<input type="checkbox"/> Primæreksisjon	<i>Fyll ut pkt. 4a og 4b</i>
<input type="checkbox"/> Utredning og primæreksisjon	<i>Fyll ut pkt. 3, 4a og 4b</i>
<input type="checkbox"/> Utvidet eksisjon	<i>Fyll ut pkt. 4a, 4c og 4f</i>
<input type="checkbox"/> Lymfeknutekirurgi (diagnostisk/forebyggende)	<i>Fyll ut pkt. 4a, 4d og 4f</i>
<input type="checkbox"/> Primær strålebehandling	<i>Fyll ut pkt. 4a og 4e</i>
<input type="checkbox"/> Utredning og behandling ved residiv/metastase	<i>Fyll ut pkt. 5</i>

3. UTREDNING

<b>3a. PRIMÆRE TUMORDATA</b>			
Dato mistanke/symptom	<input type="text"/>	Spesifiser symptom	.....
Dato første legekonsultasjon	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tilfeldig påvist under annen undersøkelse	
Tumorstørrelse (horisontalt) .....	x .....	mm	Anses sykdommen som en klinisk sikker cancer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
For øyemel.: Tumors høyde/tykkelse (mm) .....			
Gjennomvekst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<b>Basis for diagnosen:</b>	
Annen tidligere malign tilstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Klinisk undersøkelse alene	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, spesifiser .....		Bilediagnostikk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Multiple primærtumores	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Patologisvar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Lab .....
(Ett skjema fylles ut per primærsvulst)		Evt andre undersøkelser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Hvilke .....	.....

LOKALISASJON

Ansikt:	<input type="checkbox"/> venstre <input type="checkbox"/> senter <input type="checkbox"/> høyre	<input type="checkbox"/> Subungualt, venstre hånd	<input type="checkbox"/> Subungualt, høyre hånd
Truncus, foran:	<input type="checkbox"/> venstre <input type="checkbox"/> senter <input type="checkbox"/> høyre	<input type="checkbox"/> Mamma, venstre	<input type="checkbox"/> Mamma, høyre
Truncus, bak:	<input type="checkbox"/> venstre <input type="checkbox"/> senter <input type="checkbox"/> høyre	<input type="checkbox"/> Anus/perineum	
<input type="checkbox"/> Hodebunn	<input type="checkbox"/> Nakke	<input type="checkbox"/> Hofte, venstre	<input type="checkbox"/> Hofte, høyre
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Leppehud	<input type="checkbox"/> Lår, venstre	<input type="checkbox"/> Lår, høyre
<input type="checkbox"/> Øyelokk, venstre	<input type="checkbox"/> Øyelokk, høyre	<input type="checkbox"/> Legg, venstre	<input type="checkbox"/> Legg, høyre
<input type="checkbox"/> Øre, venstre	<input type="checkbox"/> Øre, høyre	<input type="checkbox"/> Fot, venstre	<input type="checkbox"/> Fot, høyre
<input type="checkbox"/> Skulder, venstre	<input type="checkbox"/> Skulder, høyre	<input type="checkbox"/> Tå, venstre fot	<input type="checkbox"/> Tå, høyre fot
<input type="checkbox"/> Overarm, venstre	<input type="checkbox"/> Overarm, høyre	<input type="checkbox"/> Subungualt, venstre fot	<input type="checkbox"/> Subungualt, høyre fot
<input type="checkbox"/> Underarm, venstre	<input type="checkbox"/> Underarm, høyre	Annet: <input type="checkbox"/> Slimhinne, lokalisasjon .....	.....
<input type="checkbox"/> Hånd, venstre	<input type="checkbox"/> Hånd, høyre	<input type="checkbox"/> Øye, v., lok .....	<input type="checkbox"/> Øye, h., lok .....
<input type="checkbox"/> Finger, venstre hånd	<input type="checkbox"/> Finger, høyre hånd	<input type="checkbox"/> Annen lokalisasjon .....	.....

**3b. KLINISK STADIUM**Påvist metastaser  Ja  Nei, bare primærtumor  Ikke undersøkt for metastaserHvis ja:  Satellittumores (<2 cm fra arret)  In transit metastaser\* (>2 cm fra arret) Palpable reg. lymfeknutemet. **\*Ikke forbi regionale lymfeknuter** Påvist fjernmetastaser Hud  Ikke-regionale lymfeknuter  Lunge  Lever  Skjelett  Hjerne Annen lokalisasjon .....

Blodprøver ved metastaser - LD-verdi: | | | | |

Diagnosedato | | | | | | | pTNM-klassifikasjon T | | | N | | | M | | |

cTNM-klassifikasjon T | | | N | | | M | | | (kun for øye og andre "ikke-hud")

**3c. HEREDITET**Har andre i nærmeste familie (foreldre, søsken, barn) hatt malignt melanom  Ja  Nei  Vet ikke**4. PRIMÆRBEHANDLING****4a. DATA FOR AKTUELL BEHANDLING**

Dato for behandling | | | | | | |

Behandlingens siktemål  Helbredelse  Palliasjon**4b. PRIMÆR EKSIJSJON** Inoperabel lesjon Kommentar .....Utført ved:  Primærlege  Spesialist  Offentlig sykehus  Privat klinikkType kirugi:  Eksisjon  Amputasjon  E nukleasjon  AnnetDekning:  Direkte sutur  Hudtransplantasjon  Lappeplastikk  Annet  Ikke dekningFri margin (klinisk)  Ja .....mm  Nei  Ukjent

NCSP behandlingskode 1: | | | | | | NCSP behandlingskode 2: | | | | | | NCSP behandlingskode 3: | | | | | |

**4c. UTVIDET EKSIJSJON**Tidligere diagnostisk biopsi  Ja  Nei Inoperabel lesjon Kommentar .....Type kirurgi:  Eksisjon  Amputasjon  AnnetDekning:  Direkte sutur  Hudtransplantasjon  Lappeplastikk  Annet  Ikke dekningFri margin (klinisk)  Ja ..... mm  Nei  Ukjent

NCSP behandlingskode 1: | | | | | | NCSP behandlingskode 2: | | | | | | NCSP behandlingskode 3: | | | | | |

**4d. LYMFENKUTEKIRURGI (diagnostikk/forebyggende)** Vaktpostlymfeknute (sentinel node) Elektiv/profylaktisk lymfeknutekirurgi

NCSP behandlingskode 1: | | | | | | NCSP behandlingskode 2: | | | | | | NCSP behandlingskode 3: | | | | | |

Lokalisasjon av lymfeknutekirurgi

 Hals, venstre  Hals, høyre Aksille, venstre  Aksille, høyre Lyske, venstre  Lyske, høyre**4e. PRIMÆR STRÅLEBEHANDLING** Samtidig diagnostisk biopsi/cytologi

Lokalisasjon ..... Stråle kvalitet ..... Fraksjonering | | | | | Gy X | | | |

**4f. EKSPERIMENTELL BEHANDLING**

Type behandling .....

