

MELDING TIL KREFTREGISTERET

NON-SOLIDE SVULSTER

Skjema i kraft fra 01.01.2003

Postboks 5313 Majorstuen, 0304 OSLO

Solide svulster meldes på eget skjema

PASIENT

Fødselsnr.

Postnr. Poststed

Etternavn

Fornavn

BEHANDLINGSINSTITUSJON

Institusjon Avdeling

DIAGNOSETIDSPUNKT

Dag Mnd År

Innlagt Poliklinisk Dag Mnd År

Utskrevet I live Død

SYKDOMSKATEGORI (velg én av de ni hovedgruppene - morfologisk undergruppe spesifiseres nedenfor) (Se også veiledning på baksiden)

Lymfom Mb. Waldenström Atypisk lymfoid hyperplasi Myeloproliferativt syndrom (polycytemia vera, essensiell trombocytemi, primær myelofibrose)

Leukemi Myelomatose eller lign. plasmacelletumor Malign histiocytose eller lign.

MORFOLOGISK UNDERGRUPPE (etter mikroskopisk undersøkelse av lymfeknutebiopsi, benmargsutstryk, blodutstryk, etc.)

Eks: lymfgranulomatose blandet celletype, kronisk myelomonocytteukemi (MDS 4), prolymfocytteukemi av B-celletype, etc.)

Myelodysplastisk syndrom (MDS 1-5)

Non-solid tumor av annen eller uklar type

Ved manglende eller inkonklusiv morfologisk u.s.: Anses sykdommen som en klinisk sikker cancer? Ja Nei

SYKDOMSTEGN, LEGEKONTAKT

Hadde pasienten symptomer Ja Nei Funnet ved screening Hvilke symptomer eller sykdomstegn

Når oppsto første symptomer Dag Mnd År Når søkt lege Dag Mnd År

Arvelig disposisjon for kreft Nei Påvist Mistenkt Hvaslags?

SYKDOMMENS UTBREDELSE PÅ DIAGNOSETIDSPUNKTET (bestemt på grunnlag av informasjon tilgjengelig før behandling)

For lymfomer: Stadium (f.eks. IB, IIA, IIIB, etc.) For myelomatose: Durie-Salmon stadium (f.eks. IB, IIIA, etc.)

For KLL: Binet stadium (sett kryss) A B C DET UNDERSTREKES AT ANGITT STADIUM SKAL VÆRE PÅ DIAGNOSETIDSPUNKTET

SYKDOMMENS LOKALISASJON/DEBUTORGAN (velg én av de fire mulighetene)

- Lymfeknute - hvilken lymfeknuteregion?
- Benmarg
- Annet organ - hvilket organ?
- Det er ikke mulig å ta stilling til utgangspunktet p.g.a. utbredt sykdom på diagnosetidspunktet (sett evt. kryss)

BASIS FOR KREFTDIAGNOSEN

Benmargsutstryk	<input type="checkbox"/>	År	Preparatnummer	Laboratorium
Perifer blodutstryk	<input type="checkbox"/>	Cytologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Benmargsbiopti	<input type="checkbox"/>	Histologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Immunofenotyping/immunhistokjemi	<input type="checkbox"/>	Histologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cytogenetisk undersøkelse	<input type="checkbox"/>	Obduksjons prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spinalvæskeundersøkelse	<input type="checkbox"/>			
DNA-/RNA-/kromosom-diagnostikk	<input type="checkbox"/>			
Serum- og/eller urinelektroforese	<input type="checkbox"/>			
Bilddiagnostikk (røntgen, UL, CT, MR)	<input type="checkbox"/>			

PRIMÆRBEHANDLING

Startet når Dag Mnd År Ingen primærbehandling Primærbehandlingens siktemål Helbredelse Palliasjon

Kirurgisk behandling Ja Nei Hvilken? Op. metode (op. beskrivelse må vedlegges)

Strålebehandling Ja Nei Annen behandling Ja Nei Hvilken?

Cytostaticabehandling Ja Nei Er ytterligere behandling planlagt? Ja Nei Hvilken behandling? Hvilken institusjon?

Anses pasienten sykdomsfri etter primærbehandling? Ja Nei Vet ikke Ikke relevant

OPPLYSNINGER SOM REGISTRERES HVIS IKKE PASIENTEN MOTSETTER SEG DET

Røyker Ja Nei Tidligere røyker Motsetter seg reg. Yrke Motsetter seg reg.

TILLEGGSOPPLYSNINGER

Meldt Dag Mnd År Pasientansvarlig lege (Etternavn, fornavn - trykte bokstaver)

Legens underskrift

Id. nummer

Id. nummer