

## MELDING TIL KREFTREGISTERET

SOLIDE SVULSTER

Skjema i kraft fra 01.01.2003

Postboks 5313 Majorstuen, 0304 OSLO

Non-solide svulster meldes på eget skjema

## PASIENT

Fødselsnr. Postnr.  Poststed Etternavn Fornavn 

## BEHANDLINGSINSTITUSJON

Institusjon Afdeling 

## DIAGNOSETIDSPUNKT

Dag  Mnd  År Innlagt Poliklinisk Dato Utskrevet Død 

## PRIMÆRTUMORS UTGANGSPUNKT: Organ og område innen organet (f. eks. «høyre lunge, overlapp»)

Side: H  V  Bilat.  Ikke relevant  Side ukjent 

## MORFOLOGISK DIAGNOSE: Hovedgruppe og type (f. eks. «adenokarsinom, endometroid type»)

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  Hva slags? 

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

Klinisk TNM: T    N    M    eller Stadium       Iflg stadie-  
klassifikasjon

Beskrivelse av sykdomsutbredelsen på diagnosetidspunktet basert på all tilgjengelig viten etter utredning og undersøkelse av evt. operasjonspreparat

Gjennomvekst av naturlig organbegrensning Ja  Nei  Primærtumors største diameter  ,  cm

Innvekst i naboorgan/-struktur Ja  Nei  Hvor

Regionale lymfeknutemetastaser Ja  Nei  Hvor

Fjerne lymfeknutemetastaser Ja  Nei  Hvor

Organmetastaser Ja  Nei  Hvor

**NB!**  
ANGITT  
SPREDNING  
SKAL  
VÆRE  
PÅ  
SYKDOMMENS  
DIAGNOSE-  
TIDSPUNKT

## BASIS FOR KREFTDIAGNOSEN

Klinisk undersøkelse alene	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		År	Preparatnummer	Laboratorium
Bilddiagnostikk (røntgen, UL, CT, MR)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Cytologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evt. andre undersøkelser (f.eks. biokjemisk u.s., skopi, sternalmarg, kirurgisk eksplorasjon)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Histologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hvilke				Histologisk prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Obduksjons prep.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 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

Hormonbehandling

Cytostaticabehandling

Erytterligere behandling planlagt? Ja  Nei  Hvilken behandling  Hvilken institusjon?

Resttumor etter primærbehandling Ja, makroskopisk  Ja, mikroskopisk  Nei  Vet ikke

## 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