

Meldeskjema/journal ved oppfølging/behandling av premaligne tilstander i cervix uteri

Sykehus (stempel):	Navn:
	Adresse:
	Postnr.: Poststed:
	Fødselsnr.:

Tidligere behandlet for premalign eller malign tilstand i cervix uteri? ja 1 gang 2 ganger nei vet ikke

Hvis ja, når sist behandlet?

mnd	år

Type behandling

- knivkonisering laserkonisering diatermikniv/-nål
 slynge laser-vaporisering annet _____
 kryobehandling

Hva var mest uttalte histologi i preoperative prøver og/eller kon.-prep.? CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Røyking Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag, 0 = røyker ikke, 99 = ukjent

Antall fødte barn 0 1 2 3 4 5 6 el. flere

lege signatur

Cyt. funn som grunnlag for henvisning normal (00100) normal (00110) normal (00120) LSIL HSIL ASC-H **Diagnose**

adenocarcinoma in situ plateepitelcarcinom adenocarcinom ASCUS AGUS Uegnet Ikke tatt Ukjent

Kolposkopi. Sees hele overgangssonen? ja nei ikke utført ukjent

Premaligne forandringer til stede? ja nei ikke utført ukjent

Diagnosekode

--

Preoperativ histologi

mnd	år

Patologisk lab., navn _____

Behandling 1

Behandlingskode 1

--

Histologi portio-biopsi

normal CIN-I CIN-II CIN-III Tilleggsindikasjon

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Behandling 2

Behandlingskode 2

--

Histologi cervikal abrasio normal CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Aktuell behandling Tidligere sykdommer: _____

Sykmelding

ja nei

Allergi: _____

Medikamenter: _____

BT: / Cor: _____

Pulm: _____

GU: VVP: _____

Uterus: _____

Avtale om kontroll

poliklinikk/
behandlingssted

egen lege/
henvisende lege

Annet: _____

Behandlings-
dato

dag	mnd	år

Type behandling

- beh. ikke nødvendig laserkonisering hysterektomi
 knivkonisering laser-vaporisering annet _____
 slynge

kryobehandling diatermikniv/-nål

lege signatur

Per-postoperative
komplikasjoner

- ingen blødning, tamponade blødning, sutur
 perforasjon, peritoneum perforasjon, blære
 blødning, hysterektomi annet _____

Diagnose

Diagnosekode

--

Behandling 1

Behandlingskode 1

--

Behandling 2

Behandlingskode 2

--

Histologi operasjonspreparat

Preparatnummer

normal CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Reseksjonskanter? frie øvre ikke frie nedre ikke frie øvre og nedre ikke frie kan ikke evalueres ukjent

Vekt/mål operasjonspreparat
(uttrykk for hvor mye som er fjernet)

gram	milliliter

Meldt av _____

Journalnotat foreligger ja nei

Blokkskrift/stempel _____

Lab. navn, hvis ikke samme som ovenfor

Meldeskjema/journal ved oppfølging/behandling av premaligne tilstander i cervix uteri

Sykehus (stempel):	Navn:
	Adresse:
	Postnr.: Poststed:
	Fødselsnr.:

Tidligere behandlet for premalign eller malign tilstand i cervix uteri? ja 1 gang 2 ganger nei vet ikke

Hvis ja, når sist behandlet?

mnd	år

Type behandling

- knivkonisering laserkonisering diatermikniv/-nål
 slynge laser-vaporisering annet _____
 kryobehandling

Hva var mest uttalte histologi i preoperative prøver og/eller kon.-prep.? CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Røyking Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag, 0 = røyker ikke, 99 = ukjent

Antall fødte barn 0 1 2 3 4 5 6 el. flere

lege signatur

Cyt. funn som grunnlag for henvisning normal (00100) normal (00110) normal (00120) LSIL HSIL ASC-H **Diagnose**

adenocarcinoma in situ plateepitelcarcinom adenocarcinom ASCUS AGUS Uegnet Ikke tatt Ukjent

Kolposkopi. Sees hele overgangssonen? ja nei ikke utført ukjent

Premaligne forandringer til stede? ja nei ikke utført ukjent

Diagnosekode

DESINK

Behandlingsdato	dag	mnd	år	Type behandling	<input type="checkbox"/> kryobehandling	<input type="checkbox"/> diatermikniv/-nål	lege signatur	
					<input type="checkbox"/> beh. ikke nødvendig	<input type="checkbox"/> laserkonisering		<input type="checkbox"/> hysterektomi
Per-postoperative komplikasjoner	<input type="checkbox"/> ingen	<input type="checkbox"/> blødning, tamponade	<input type="checkbox"/> blødning, sutur	<input type="checkbox"/> knivkonisering	<input type="checkbox"/> laser-vaporisering	<input type="checkbox"/> annet _____	Diagnose Diagnosekode	
	<input type="checkbox"/> perforasjon, peritoneum	<input type="checkbox"/> perforasjon, blære		<input type="checkbox"/> slynge				Behandling 1 Behandlingskode 1
	<input type="checkbox"/> blødning, hysterektomi	<input type="checkbox"/> annet _____						

Histologi operasjonspreparat	Preparatnummer			Lab. navn, hvis ikke samme som ovenfor	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> CIN-I	<input type="checkbox"/> CIN-II	<input type="checkbox"/> CIN-III		
<input type="checkbox"/> adenocarcinoma in situ	<input type="checkbox"/> plateepitelca.	<input type="checkbox"/> adenocarcinom	<input type="checkbox"/> reaktive forandr./inflammatorisk preg		<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> ukjent
Reseksjonskanter?	<input type="checkbox"/> frie	<input type="checkbox"/> øvre ikke frie	<input type="checkbox"/> nedre ikke frie	<input type="checkbox"/> øvre og nedre ikke frie	<input type="checkbox"/> kan ikke evalueres <input type="checkbox"/> ukjent
Vekt/mål operasjonspreparat (uttrykk for hvor mye som er fjernet)	gram	milliliter	Meldt av _____		
Journalnotat foreligger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Blokkskrift/stempel _____		

Til Kreftregisteret, Montebello, 0310 OSLO

Meldeskjema/journal ved oppfølging/behandling av premaligne tilstander i cervix uteri

Sykehus (stempel):	Navn:
	Adresse:
	Postnr.: Poststed:
	Fødselsnr.:

Tidligere behandlet for premalign eller malign tilstand i cervix uteri? ja 1 gang 2 ganger nei vet ikke

Hvis ja, når sist behandlet?

mnd	år

Type behandling

- knivkonisering laserkonisering diatermikniv/-nål
 slyng laser-vaporisering annet _____
 kryobehandling

Hva var mest uttalte histologi i preoperative prøver og/eller kon.-prep.? CIN-I CIN-II CIN-III

- adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Røyking Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag, 0 = røyker ikke, 99 = ukjent

Antall fødte barn 0 1 2 3 4 5 6 el. flere

lege signatur

Cyt. funn som grunnlag for henvisning <input type="checkbox"/> normal (00100) <input type="checkbox"/> normal (00110) <input type="checkbox"/> normal (00120) <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> ASC-H	Diagnose
<input type="checkbox"/> adenocarcinoma in situ <input type="checkbox"/> plateepitelcarinom <input type="checkbox"/> adenocarcinom <input type="checkbox"/> ASCUS <input type="checkbox"/> AGUS <input type="checkbox"/> Uegnet <input type="checkbox"/> Ikke tatt <input type="checkbox"/> Ukjent	Diagnosekode
Kolposkopi. Sees hele overgangssonen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke utført <input type="checkbox"/> ukjent	Behandling 1
Premaligne forandringer til stede? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ikke utført <input type="checkbox"/> ukjent	

Preoperativ histologi

mnd	år

Patologisk lab., navn _____

Histologi portio-biopsi

- normal CIN-I CIN-II CIN-III Tilleggsindikasjon

- adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Histologi cervikal abrasio normal CIN-I CIN-II CIN-III

- adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

--

Behandlingskode 1

Behandlingskode 2

Aktuell behandling Tidligere sykdommer: _____

Allergi: _____

Medikamenter: _____

BT: / Cor: _____

Pulm: _____

GU: VVP: _____

Uterus: _____

Adnex: _____

Annet: _____

Sykmelding

- ja nei

Avtale om kontroll

- poliklinikk/
 behandlingssted
 egen lege/
 henvisende lege

Behandlings- dato	dag	mnd	år	Type behandling	<input type="checkbox"/> kryobehandling	<input type="checkbox"/> diatermikniv/-nål	lege signatur
				<input type="checkbox"/> beh. ikke nødvendig	<input type="checkbox"/> laserkonisering	<input type="checkbox"/> hysterektomi	
				<input type="checkbox"/> knivkonisering	<input type="checkbox"/> laser-vaporisering	<input type="checkbox"/> annet _____	
				<input type="checkbox"/> slyng			
Per-postoperative komplikasjoner	<input type="checkbox"/> ingen	<input type="checkbox"/> blødning, tamponade	<input type="checkbox"/> blødning, sutur	Diagnose	Behandling 1	Behandling 2	
	<input type="checkbox"/> perforasjon, peritoneum	<input type="checkbox"/> perforasjon, blære		Diagnosekode	Behandlingskode 1	Behandlingskode 2	
	<input type="checkbox"/> blødning, hysterektomi	<input type="checkbox"/> annet _____					

Histologi operasjonspreparat	Preparatnummer	
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> CIN-I <input type="checkbox"/> CIN-II <input type="checkbox"/> CIN-III		
<input type="checkbox"/> adenocarcinoma in situ <input type="checkbox"/> plateepitelca. <input type="checkbox"/> adenocarcinom	<input type="checkbox"/> reaktive forandr./inflammatorisk preg	<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> ukjent

Reseksjonskanter? frie øvre ikke frie nedre ikke frie øvre og nedre ikke frie kan ikke evalueres ukjent

Vekt/mål operasjonspreparat (uttrykk for hvor mye som er fjernet)

gram	milliliter

Meldt av _____

Journalnotat foreligger ja nei

Blokkskrift/stempel _____

Meldeskjema/journal ved oppfølging/behandling av premaligne tilstander i cervix uteri

Sykehus (stempel):

Navn:

Adresse:

Postnr.:

Poststed:

Fødselsnr.:

Tidligere behandlet for premalign eller malign tilstand i cervix uteri? ja 1 gang 2 ganger nei vet ikke

Hvis ja, når sist behandlet?

mnd år

Type behandling

- knivkonisering laserkonisering diatermikniv/-nål
 slynge laser-vaporisering annet _____
 kryobehandling

Hva var mest uttalte histologi i preoperative prøver og/eller kon.-prep.? CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Røyking Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag, 0 = røyker ikke, 99 = ukjent

Antall fødte barn 0 1 2 3 4 5 6 el. flere

lege signatur

Cyt. funn som grunnlag for henvisning normal (00100) normal (00110) normal (00120) LSIL HSIL ASC-H **Diagnose**

adenocarcinoma in situ plateepitelcarcinom adenocarcinom ASCUS AGUS Uegnet Ikke tatt Ukjent

Kolposkopi. Sees hele overgangssonen? ja nei ikke utført ukjent

Premaligne forandringer til stede? ja nei ikke utført ukjent

Diagnosekode

Preoperativ histologi

mnd år

Patologisk lab., navn _____

Behandling 1

Behandlingskode 1

Histologi portio-biopsi

normal CIN-I CIN-II CIN-III Tilleggsindikasjon

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Preparatnr.

Behandling 2

Behandlingskode 2

Histologi cervikal abrasio

normal CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Aktuell behandling Tidligere sykdommer: _____

Sykmelding

Allergi: _____

Medikamenter: _____

ja nei

BT: / Cor: _____

Pulm: _____

GU: VVP: _____

Uterus: _____

Avtale om kontroll

Annet: _____

Adnex: _____

poliklinikk/
behandlingssted

egen lege/
henvisende lege

Behandlings-
dato

dag mnd år

Type behandling

- beh. ikke nødvendig laserkonisering hysterektomi
 knivkonisering laser-vaporisering annet _____
 slynge

kryobehandling diatermikniv/-nål

lege signatur

Per-postoperative
komplikasjoner

- ingen blødning, tamponade blødning, sutur
 perforasjon, peritoneum perforasjon, blære
 blødning, hysterektomi annet _____

Diagnose

Diagnosekode

Behandling 1

Behandlingskode 1

Behandling 2

Behandlingskode 2

Histologi operasjonspreparat

Preparatnummer

normal CIN-I CIN-II CIN-III

adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Reseksjonskanter? frie øvre ikke frie nedre ikke frie øvre og nedre ikke frie kan ikke evalueres ukjent

Vekt/mål operasjonspreparat
(uttrykk for hvor mye som er fjernet)

gram milliliter

Meldt av _____

Journalnotat foreligger ja nei

Blokkskrift/stempel _____

Lab. navn, hvis ikke samme som ovenfor