

Abstraheringformulär, Cahres-ovarial

Datum för abstrahering:

Abstraherare:.....

Sjukhus:..... Klinik:.....

Abstraheringsläge:

Komplett: Ja:

Inkomplett; orsak: Uppgifter saknas, eftersöks i annat arkiv:

Annan:.....

1. Personuppgifter

Namn:.....

Personnummer: --

Löpnummer:

1. Persondata

Löpnummer:

2. Diagnostillfälle och aktuella kliniker:

Diagnosdatum: (PAD vid op., datum)

Sista uppföljningsdatum:

Uppföljande sjukhus:.....Klinik:.....

VC/ läkare:.....

Kommentar:.....

3. Orsak till diagnos

Gynekologisk rutinundersökning: Symtom:

Annan anledning:.....

Ej angivet:

4. Status vid diagnos

Ascites vid diagnos/ operation: Ja: Nej: Ej angivet:

Ca-125 preoperativt: U/ml Datum:

Ej angivet:

Ca-125 postoperativt: U/ml Datum:

Ej angivet:

5. Operationer, kurativa och palliativa:

Ej opererad:

Tillfälle 1: Datum:

Radikal: Icke-radikal: Ej angivet:

Residualtumör, storlek: cm, eller angiven som:.....

Ej mätbar storlek: Ej angivet:

Operationsingrepp: **Ej angivet:**

Hysterektomi: Subtotal hysterektomi:

SOE, unilateral: SOE, bilateral: Omentektomi:

Lymfkörteltelutrymning, bukhåla: Annan op.:

Kommentar:.....

Tillfälle 2: Datum:

Radikal: Icke-radikal: **Ej angivet:**

Residualtumör, storlek: cm, eller angiven som:.....

Ej mätbar storlek: Ej angivet:

Operationsingrepp: **Ej angivet:**

Hysterektomi: Subtotal hysterektomi:

SOE, unilateral: SOE, bilateral: Omentektomi:

Lymfkörteltelutrymning, bukhåla: Annan op.:

Kommentar:.....

Tillfälle 3: Datum:

Radikal: Icke-radikal: **Ej angivet:**

Residualtumör, storlek: cm, eller angiven som:.....

Ej mätbar storlek: Ej angivet:

Residualtumör, storlek: cm, eller angiven som:.....

Operationsingrepp: **Ej angivet:**

Hysterektomi: Subtotal hysterektomi:

SOE, unilateral: SOE, bilateral: Omentektomi:

Lymfkörtelutrymning, bukhåla: Annan op.:

Kommentar:.....

Sekundärkirurgi, operationer i palliativt syfte: Nej:

Ja: Datum:

Ja: Datum:

Kommentar:.....

6. Tumöregenskaper

Tumörsida: Unilateral: Bilateral: **Ej angivet:**

Peritoneal carcinos: Ja: Nej: **Ej angivet:**

Max. tumördiameter: cm, eller angiven som:.....
Ej angivet:

Sjukdomsstadium enligt Figo:

I a: I b: I c: eller I:

II a: II b: II c: eller II:

III a: III b: III c: eller III:

IV:

Uppgift om Figo-stadium finns angiven i journalen:

Uppgift om Figo är: Egen tolkning: Ej tolkbar:

Kommentar:.....

Malignitet:

Ej angivet:

Borderline:

Invasiv/ malign:

Vävnadstyp:

Epitelial:

Icke-epitelial:

Differentieringsgrad enl. WHO:

Ej angivet:

Högdifferentierad, 1:

Medeldiff. 2:

Lågdiff. 3:

P⁵³, mutation:

Ja:

Nej:

Ej angivet:

Ploidi:

Diploid/tetraploid:

Aneuploid:

Ej angivet:

Proliferation:

Ej angivet:

Hög:

Intermediär:

Låg:

S-fas: , %

Analysort (laboratorium):.....

Kommentar:.....

Östrogenreceptorer (ER):

Ej angivet:

fmol ER / µg DNA: ,

fmol ER / mg protein: ,

och / eller

Starkt positiv:

Positiv:

Svagt positiv:

Negativ:

Progesteronreceptorer (PgR):

Ej angivet:

fmol PR / µg DNA: ,

fmol PR / mg protein: ,

och / eller

Starkt positiv:

Positiv:

Svagt positiv:

Negativ:

Analysort:.....

Kommentar:.....

7. Cytostatikabehandling

Ja: Nej: Ej angivet:

Typ av cytostatika:

Platinumföreningar; Cisplatin: Carboplatin:

Taxol: Annan, preparatnamn:.....

Administration:

Intravenös: Per os: Intraabdominell:

Kontinuerlig behandling: Cyklisk behandling, antal cykler:

Behandlingsstart, datum:

Sista behandling, datum:

Andra linje behandling

Ja: Nej: Ej angivet:

Typ av cytostatika:

Platinumföreningar; Cisplatin: Carboplatin:

Taxol: Annan, preparatnamn:.....

Administration:

Intravenös: Per os: Intraabdominell:

Kontinuerlig behandling: Cyklisk behandling, antal cykler:

Behandlingsstart, datum:

Sista behandlingsdatum:

Tredje linje

Ja: Nej: Ej angivet:

Typ av cytostatika:

Platinumföreningar; Cisplatin: Carboplatin:

Taxol: Annan, preparatnamn:.....

Administration:

Intravenös: Per os: Intraabdominell:

Kontinuerlig behandling: Cyklisk behandling, antal cykler:

Behandlingsstart, datum:

Sista behandlingsdatum:

Fjärde linje

Ja: Nej: **Ej angivet:**

Typ av cytostatika:

Platinumföreningar; Cisplatin: Carboplatin:

Taxol: Annan, preparatnamn:.....

Administration:

Intravenös: Per os: Intraabdominell:

Kontinuerlig behandling: Cyklisk behandling, antal cykler:

Behandlingsstart, datum:

Sista behandlingsdatum:

Kommentar:.....

8. Strålbehandling

Tillfälle 1: Ja: Nej: **Ej angivet:**

Helt bukfält: Nedre bukfält: Bäckenfält:

Brachyterapi: Annat omfång: Omfång ej angivet:

Total stråldos, extern: Gy Brachyterapi: Gy

Behandling påbörjad, datum:

Tillfälle 2: Ja: Nej: **Ej angivet:**

Strålfält:..... Total stråldos: Gy

Behandling påbörjad, datum:

Tillfälle 3: Ja: Nej: **Ej angivet:**

Strålfält:..... Total stråldos: Gy

Behandling påbörjad, datum:

Kommentar:.....

9. Endokrin behandling:

Ja: Nej: **Ej angivet:**

1. Preparatnamn:.....

Startdatum: Avslutad, datum:

2. Preparatnamn:.....

Startdatum: Avslutad, datum:

3. Preparatnamn:.....

Startdatum: Avslutad, datum:

Endokrin behandling pågår:

Kommentar:.....

10. Hormonsubstitution efter diagnos

Nej: **Ej angivet:**

Ja: Påbörjad, datum:

HRT pågår: HRT avslutad, datum:

Kommentar:.....

11. Progress, recidiv, fjärrmetastaser

Lokoregionalt recidiv:

Nej:

Ja:

Datum:

Lokal eller symptom:

Abdominalt:

Pelvis:

Ascites:

Ca-125 > 36:

Verifikation:

Cyt./PAD:

Röntgen:

Palpation:

Ej angivet:

Fjärrmetastaser:

Nej:

Ja:

Datum:

Lever:

Lunga:

Pleura:

Hjärna:

Skelett:

Supraclavikulära körtlar:

Retroperitoneala körtlar:

Annan:

Verifikation:

Cyt./PAD:

Röntgen:

Palpation:

Ej angivet:

Kommentar:.....

12. Ny primär gynekologisk cancer:

Nej:

Ja:

Datum:

Lokal:

Endometrie:

Ovarial:

Cervix:

Kommentar:.....

13. Avliden

Nej:

Ja:

Datum:

Dödsorsak:

Ovarialcancer eller orsak relaterad till ovarialcancer:

Annan orsak:.....

Kommentar:.....

13. Allmänna kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....