

Indsendes til: Landslægeembedet, (Intern kuvert) Postboks 120, 3900 Nuuk, Tlf. 34 51 92, Fax 32 51 30

(Bedes venligst udfyldt på maskine/Blokbogstaver)

(Vejledning se bagsiden)

CPR. nr. Efternavn Fornavn Adresse Stilling Civilstand	Evt. prægeplade	Forbeholdt Cancerregisteret Diag. dato Topo Morfo/opf. Grad Lateral
Hospital og afdeling eller prakt. læge (speciallæge) Nuværende indl. eller amb. unders. Indl. dato Udskr. dato Sygehus afd. Første indlæggelse eller amb. unders. for den aktuelle maligne lidelse Indl. dato Udskr. dato Sygehus afd.		Cancerregister nr. Udred Grundig 1 Grundig 2 Behand.
Diagnose dato: Diagnose Anatomisk lokalisering Histologisk / cytologisk diagnose Stadium/Grad	Tumorens opførelse: <input type="checkbox"/> Malign <input type="checkbox"/> Benign <input type="checkbox"/> Præcancrose <input type="checkbox"/> Malign obs pro Udbredelse: (For maligne tumorer) <input type="checkbox"/> Lokaliseret <input type="checkbox"/> Regional spredning <input type="checkbox"/> Fjernmetastaser <input type="checkbox"/> Uoplyst	Grundlag for diagnose (evt. flere krydser) <input type="checkbox"/> Histologisk undersøgelse <input type="checkbox"/> Marvpunktur <input type="checkbox"/> Cytologisk undersøgelse <input type="checkbox"/> Eksplorativt indgreb uden histologisk undersøgelse <input type="checkbox"/> Røntgen (inkl. skanning) <input type="checkbox"/> Ultralyd/scintigrafi <input type="checkbox"/> Andet (Specificer) <input type="checkbox"/> Klinisk undersøgelse alene <input type="checkbox"/> Uoplyst
Behandling	Operationstype	
Operation <input type="checkbox"/> ja Dato <input type="checkbox"/> nej		Kun diagnostisk/eksplorativ <input type="checkbox"/> (afkryds)
Endoskopisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej		Skønnet radikal <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej

Strålebeh. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Kemoterapi/Cytostat. beh. ekskl. hormonbeh. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Kønshormonbeh./Antihormonbeh. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Start dato	Start dato	Start dato
Anden beh. (Specificer) Start dato	Ingen eller rent sympt. beh. <input type="checkbox"/>	Behandling uoplyst <input type="checkbox"/>
Dødsfald Eventuel dødsdato: Hvis ja	Sektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Kendt tumor <input type="checkbox"/>	Uventet sektionsfund <input type="checkbox"/>
Sektionssygehus og -nr. Sektionsdiagnoser (Kun cancersygd.)		
Bemærkninger (ved revision anfør tidl. anmeldelsesdiagnose).		Dato Hospital Underskift