

Patientens navn og cpr.	Indsendes til:
-------------------------	----------------

BEHANDLING FOR RECIDIV**Operationsdato** _____

Behandlingsvejledning findes i DMG 2003 Kirurgi afsnit 10-12.

Hud/subcutis

Excision Ja Nej
 Indgrebet histologisk radikalt Ja Nej Usikkert

Lymfeknuder

Lymfeknudeksaires/excision Ja Nej
 Indgrebet makroskopisk radikalt Ja Nej Usikkert

Organer

Organmetastaser, specificeret operativet indgreb

Hjerne
 Lunge
 Lever
 Andet

Indgrebet histologisk radikalt Ja Nej Usikkert

Patologi (udfyldes af kirurgen på baggrund af patologisvar)

Antal lymfeknuder fjernet _____ Ved ikke

Antal lymfeknuder med tumor _____ Ved ikke
 Kapselgennemvækst Ja Nej Ved ikke

Onkologi (udfyldes af onkologen)**Behandlingstype (afkryds)**

- 0 Ingen behandling
 1 Adjuverende behandling
 2 Behandling for metastaserende sygdom

Behandling af recidiv (afkryds)

- 1 Strålebehandling
 2 Cytotoksisk behandling
 3 Immunmodulerende behandling
 4 Anden behandling, specificer: