

Patient cpr. _____

Udfyldt af _____

Patient navn _____

Recidiv

Metastase/recidiv af melanom dato ____-____-____

(her anføres dato for histologisk diagnose, eller billeddiagnostisk eller klinisk mistanke, såfremt histologi/cytologi ikke foreligger)

Recidivet histologisk verificeret

Ja Nej Ved ikke

Metastase/Recidiv mistænkt af:

Pt. selv/pårørende – pga. symptomer/fund

(sæt kun ét kryds)

Plastikkirurgisk /onkologisk læge

Egen læge

Anden sundhedsperson

(specificer): _____

Ikke mistænkt

Mistænkt/diagnosticeret ved

(sæt gerne flere krydser)

Klinisk undersøgelse i plastikkir/onkologisk regi

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

Klinisk undersøgelse i andet regi, specificer: _____

FDG-PET/CT skanning

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

FDG-PET skanning

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

CT skanning

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

Ultralydsskanning

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

MR skanning

udført på mistanke

udført rutinemæssigt

Anden undersøgelse,

specificer: _____

FORTSÆT med lokalisation og behandling SIDE 2

Udfyldt af _____

Recidiv lokalisation

Lokalrecidiv

Hud/subcutis Hud/subcutis inden for 2 cm fra cikatrice/transplantat/lap

Regionalt recidiv

Dvs. i drænerende lymfeknudestation og/eller på vej dertil (in transit).

In transit: Kutan/subkutan tumor > 2 cm fra primært tumorsted på vej mod lymfeknude-region

Lymfeknuder/lymfebane/subkutis
(flere kryds tilladt)

Hoved (parotis, kranie)	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Hals (inkl. submandibulært)	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Aksil	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Albue	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Lyske	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Knæhase	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Retroperitonealt	hø <input type="checkbox"/>	ve <input type="checkbox"/>
Andet, angiv hvor	_____	_____

Fjernmetastase

Organ (flere kryds tilladt)	<input type="checkbox"/>	hjerne
	<input type="checkbox"/>	lunge
	<input type="checkbox"/>	lever
	<input type="checkbox"/>	milt
	<input type="checkbox"/>	binyre
	<input type="checkbox"/>	hud/subcutis
	<input type="checkbox"/>	knogle
	<input type="checkbox"/>	lymfeknude
	<input type="checkbox"/>	andet, specificer

Hjælp til registrering

Recidiv skemaet udfyldes, såfremt der påvises recidiv. Hvis histologisk verifikation ikke er mulig, anføres dato for mistanke om recidiv.

For hvert nyt recidiv udfyldes nyt recidivskema. Ved flere samtidige recidiver (inden for 30 dage) kan disse dog anmeldes på samme skema. Det er nødvendigt at anmelde 1. og 2. recidiv af samme type (henholdsvis lokal, regional eller fjern-) for den pågældende patient. Det er tilladt at anmelde flere, såfremt man gerne vil forklare, at der gives ny type behandling.

Det anføres om metastasen er histologisk verificeret (og ved flere recidiver på samme anmeldelse gælder den histologiske verifikation af fjernrecidiv fremfor et loko-regionalt recidiv). Behandling for recidiv/metastase anføres af kirurgen.

RECIDIV/METASTASE skema DMD 2016 (diagnose og behandling). Indtastes i www.melanoma.sundata.dk DMG guidelines findes på: www.melanoma.dk ligesom information om udfyldelse af skema (FAQ). *Udfyldes ved spredning af tidligere melanom, ved metastase fra ukendt primær tumor og ved metastase på diagnosetidspunkt for nyt melanom, IKKE ved positiv SN*, version 1.0

Behandling af recidiv/metastaser

(udfyldes af kontrollerende læge på baggrund af tilgængelige oplysninger)

Operationsdato, lokalt recidiv (hud/subcutis): ____ - ____ - _____

Operationsdato, regionalt recidiv: ____ - ____ - _____

(lymfeknuder (**udfyld eksaireseskema**)/lymfebaner/"in transit"metastase i bløddel)

Operationsdato, fjernrecidiv: ____ - ____ - _____

(organmetastaser, specificer operativt indgreb, hvilken region er opereret)

- | | |
|--------------|--------------------------------|
| Hjerne | <input type="checkbox"/> |
| Lunge | <input type="checkbox"/> |
| Lever | <input type="checkbox"/> |
| Binyre | <input type="checkbox"/> |
| Knogler | <input type="checkbox"/> |
| Lymfeknuder | <input type="checkbox"/> |
| Hud/subkutis | <input type="checkbox"/> |
| Andet | <input type="checkbox"/> _____ |

Hyperterm regional perfusion:

Udført dato ____ - ____ - _____

Henvist til

onkologisk behandling

stråleterapi

dato for henvisning ____ - ____ - _____

systemisk behandling

dato for henvisning ____ - ____ - _____

anden behandling, specificer: _____

Udfyldt af _____

Hjælp til registrering

Recidiv skemaet udfyldes, såfremt der påvises recidiv. Hvis histologisk verifikation ikke er mulig, anføres dato for mistanke om recidiv.

For hvert nyt recidiv udfyldes nyt recidivskema. Ved flere samtidige recidiver (inden for 30 dage) kan disse dog anmeldes på samme skema. Det er nødvendigt at anmelde 1. og 2. recidiv af samme type (henholdsvis lokal, regional eller fjern) for den pågældende patient. Det er tilladt at anmelde flere, såfremt man gerne vil forklare, at der gives ny type behandling.

Det anføres, om metastasen er histologisk verificeret (og ved flere recidiver på samme anmeldelse gælder den histologiske verifikation af fjernrecidiv fremfor et loko-regionalt recidiv). Behandling for recidiv/metastase anføres af kirurgen.