

Remiss

till

Nationellt centrum för behandling av vulvacancer

Datum:			
Remitterande klinik och sjukhus:			
Remitterande läkare:		Telefonnr:	
Kontaktsjuksköterska:		Telefonnr:	

Patientens namn:			
Personnummer:			
Adress:		Telefonnr:	
		Mobilnr:	
Tolkbehov:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Språk:	

Diagnos: <i>(kliniskt TNM-stadium)</i>	
Frågeställning:	
Kortfattad anamnes:	

Specificering:

Tumörbeskrivning:	Utbredning: Unifokal <input type="checkbox"/> Multifokal <input type="checkbox"/>
	Lokalisation: <i>Foto eller standardiserad skiss</i>
	Storlek (största längd i mm):
	Avstånd från tumor till anus: < 1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Avstånd från tumor till uretramynningen: < 1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Inväxt i vagina: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Avstånd till medellinje: < 1 cm <input type="checkbox"/> > 1 cm <input type="checkbox"/>
	Annat:
PAD: <i>(kopior av samtliga PAD/Cyt)</i>	PAD nr:
	Patolog lab:

<i>svar bifogas)</i>	Provtagningsdatum:
	Invasionsdjup: < 1 mm <input type="checkbox"/> > 1 mm <input type="checkbox"/> Ej bedömbart <input type="checkbox"/>
Klinisk bedömning inguinala lymfkörtlar:	Ua <input type="checkbox"/> Patologisk <input type="checkbox"/> Sida: Hö <input type="checkbox"/> Vä <input type="checkbox"/>
Genomförda bilddiagnostiska undersökningar (Utlåtande bifogas):	Ultraljud ljumske: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	CT abdomen: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	CT thorax: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	PET-CT: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
MR bäcken: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Tidigare strålbehandlad:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad och när:
Rökare:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
ECOG-performance status: (0-5)	
BMI:	

Andra sjukdomar/tillstånd/socialt som påverkar behandling och omvårdnad:	
Behandling med antikoagulantia:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad:

Aktuell medicinlista (bifogas vid behov)

Övrigt:

Beträffande utredning v.g. se de nationella riktlinjer för vulvacancer på hemsidan.
 Beträffande remitteringsrutiner v.g. se information på hemsidan.
 Till remissen ska bifogas skiss (enl. mall) och foto av tumören.