

Sjukhus, klinik, avd	Personnummer
	Namn
Besöks-/Rapportdatum	Insändes till:
NEAPE ___3 mån ___6 mån ___12 mån	
Läkare	

STOMI

Ev skyddande stomi nedlagd	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum
----------------------------	------------------------------	--

CANCERRECIDIV

Cancerrecidiv	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Lokalrecidiv (tumörrecidiv i samma område som primärtumören)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum för första recidiv
Histopatologiskt verifierat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Fjärrmetastas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum för första fjärrmetastas
Lokalisation	<input type="checkbox"/> Lever	<input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Annat.....
Histopatologiskt verifierad	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Bedömt på MDT konferens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, datum
	<input type="checkbox"/> Kirurg	<input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Patolog <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Ssk
Beslut handläggning	<input type="checkbox"/> Palliativ	<input type="checkbox"/> Kurativt syftande <input type="checkbox"/> Ny bedömning planeras
Är patienten nu till synes tumörfri?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

SENA POSTOPERATIVA KOMPLIKATIONER EFTER PRIMÄROPERATION (> 30 dagar postoperativt)

Postoperativ komplikation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, enligt nedan	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Reoperation	
Insufficiensfraktur i bäckenet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ileus - subileus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anastomoskomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Abscess i buk/bäcken	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Stomikomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ärrbräck	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Anal inkontinens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Miktionsbesvär	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Sexuella komplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, vad?			

FORTSATT KONTROLL

Fortsatta kontroller	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, sjukhus/klinik
Avliden	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja