

Vi önskar i första hand en elektronisk anmälan: <https://ilmoitukset.syoparekisteri.fi>

ANMÄLAN TILL CANCERREGISTRET: NYTT FALL

Personbeteckning	Efternamn, förnamn
------------------	--------------------

Uppgifter om cancerfallet	
Diagnos (ICD-10)	Diagnosticerad (dd/mm/åååå) / /
Cancertyp (PAD)	

Hur har cancer diagnostiserats
<input type="checkbox"/> Histologi av primärtumören
<input type="checkbox"/> Vid obduktion
<input type="checkbox"/> Histologi av metastas
<input type="checkbox"/> Cytologi
<input type="checkbox"/> Markör, specifikt laboratoriefynd
<input type="checkbox"/> Enbart klinisk undersökning (RTG, UL, MRI, DT), också obduktion utan histologi
<input type="checkbox"/> Klinisk: diagnos före döden men inte bekräftad med andra metoder
<input type="checkbox"/> Okänd

Tumörens sida	Inte relevant		
<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	<input type="checkbox"/> Båda	<input type="checkbox"/> Okänd

Cancers utbredning vid diagnos (Välj en: TNM, verbal klassificering eller stage)		
TNM cT_____ cN_____ cM_____		
Verbal klassificering		
<u>Primär tumör</u>	<u>Lokala lymfknutor</u>	<u>Metastaser</u>
<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Inga metastaser	<input type="checkbox"/> Inga metastaser i andra organ
<input type="checkbox"/> Lokalt utbredd, växer in i angränsande vävnader	<input type="checkbox"/> Metastaser vid regionala lymfknutor	<input type="checkbox"/> Metastaser i andra organ eller i avlägsna lymfknutor
<input type="checkbox"/> Okänd	<input type="checkbox"/> Okänd	<input type="checkbox"/> Okänd
Stage _____		
<input type="checkbox"/> Utbredning okänd		

Cancers primärvård		
<input type="checkbox"/> Behandlad	<input type="checkbox"/> Ej behandlad	<input type="checkbox"/> Okänd

Tilläggsuppgifter

Anmälande instans / läkare	Datum (dd/mm/åååå) / /
----------------------------	---------------------------

Anmälan bör skrivas ut och skickas till Suomen Syöpärekisteri, Unioninkatu 22, 00130 Helsinki