



1. **Henvisningsdato** *Anføres automatisk i programmet*

2. **ECOG Performance-status**

0: Fuldt aktiv, ingen indskrænkninger

1: Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående og kan klare ambulatoriebesøg, let husarbejde og kontorarbejde

2: Oppegående og kan klare sig selv, men er ude af stand til at udføre noget som helst arbejde. Oppe og aktiv > 50% af dagtiden

3: I stand til at udføre den nødvendigeste selvpleje, behov for hvile i seng eller stol > 50% af dagtiden

4: Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare

5: Død

6: Ikke oplyst

3. **Patologidiagnose** *Anføres automatisk i programmet*

4. **Sygdomsstadie på behandlingstidspunktet**
Anføres automatisk i programmet

T-klassifikation		N-klassifikation		M-klassifikation	
AZCD10	T0 <input type="checkbox"/>	AZCD30	N0 <input type="checkbox"/>	AZCD40	M0 <input type="checkbox"/>
AZCD12	Tis <input type="checkbox"/>	AZCD31	N1 <input type="checkbox"/>	AZCD41a	M1a <input type="checkbox"/>
AZCD131	T1mic <input type="checkbox"/>	AZCD32	N2 <input type="checkbox"/>	AZCD41b	M1b <input type="checkbox"/>
AZCD13a	T1a <input type="checkbox"/>	AZCD33	N3 <input type="checkbox"/>	AZCD41c	M1c <input type="checkbox"/>
AZCD13b	T1b <input type="checkbox"/>	AZCD39	Nx <input type="checkbox"/>		
AZCD13C	T1c <input type="checkbox"/>				
AZCD14a	T2a <input type="checkbox"/>				
AZCD14b	T2b <input type="checkbox"/>				
AZCD15	T3 <input type="checkbox"/>				
AZCD16	T4 <input type="checkbox"/>				
AZCD19	Tx <input type="checkbox"/>				

5. **Behandling**

Startdato *Anføres automatisk i programmet*

Kemo *Anføres automatisk i programmet* Ja Nej

Stråleterapi *Anføres automatisk i programmet* Ja Nej Hvis ja, anfør Antal fraktioner: _____ Total dosis i GY: _____

Anden *Anføres automatisk i programmet* Ja Nej

Behandlingsintensjon Intenderet kurativ Palliativ Adjuvant Neoadjuvant Ikke udfyldt

Hvis stråleterapi valgt anfør indikation/target:

Hjernemetastaser Medullært tværsnit Vena cava sup. Syndr. Knogle

Primær tumor PCI Anden