



Kirurgi - Lungehindekræft

Dansk Lunge Cancer Register

CPR: _____

Navn: _____

1. **Henvisning:** *(Anføres automatisk i programmet)*

Angiv dag/md/år

2. **Indlæggelse:** *(Anføres automatisk i programmet)*

Angiv dag/md/år

3. **Neo-adjuverende behandling:**

(Anføres automatisk i programmet)

Har patienten modtaget neo-adjuverende behandling

Nej Ja Uoplyst

4. **Terapeutiske risikofaktor**

(Anføres automatisk i programmet)

Nej

Ja

Hvilke:

KOL

MB Cordis

Andre

5. **Alkoholmisbrug**

Nej

Ja

Uoplyst

6.

Operation:

6.1

Operationsdato: *Anføres automatisk i programmet* dg/md/år
Operatør (angiv brugerinitialer):

6.2

Type Torakotomi Torakoskopi *Anføres automatisk i programmet*
Adgang Anterior Postero-lateral Sternotomi Andre
Muscle sparing Nej Ja Uoplyst

6.3

Klassifikation *Anføres automatisk i programmet*
 Total dekortikation
 Partiel dekortikation
 Pneumonectomy
 Pneumonectomy endoscopica percutanea
 Pleuropneumonectomy
 Pleuropneumonectomy endoscopica percutanea
 Pneumonektomi, udvidet
 Pneumonektomi og resektion af carina
 Pneumonektomi og resektion af bronchus eller trachea
 Pneumonektomioperation, anden
 Pneumonektomi, anden endoskopisk perkutan

6.4

Sideangivelse Venstre Højre

7. **Tumor fjernet makroradikalt** NEJ: JA:

Estimeret postoperativ FEV1: _____ Estimeret antal præoperativt fungerende segmenter _____ Fjernet antal segmenter _____

8. **Tumor fjernet mikroradikalt** NEJ: JA:

9. **Patologidiagnose:** *Anføres automatisk i programmet*

10. **Postoperative forløb:**
(Anføres automatisk i programmet)

	Ingen komplikationer <input type="checkbox"/>		
	Komplikaitoner	Død under indlæggelse <input type="checkbox"/> Arytmi <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Lungeemboli <input type="checkbox"/> Pneumoni <input type="checkbox"/> Atelektase <input type="checkbox"/> Luftlækage <input type="checkbox"/> Empyem <input type="checkbox"/> Bronkopleural fistel <input type="checkbox"/> Respiratorbehandling <input type="checkbox"/> Pneumothorax - suppl dræn <input type="checkbox"/> Neurologiske komplikationer <input type="checkbox"/> Blødning medførende reop. <input type="checkbox"/> Reoperation, andre årsager <input type="checkbox"/> Sårinfektion <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/>	Hvis arythmi, da AF <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> Antal dage _____

11. **Intensiv afdeling**
(Anføres automatisk i programmet) NEJ JA Antal dage _____

12.

Peroperativ glandelstaging:

Er der peroperativt udtaget glandler til histologisk us.:

Nej: Ja:

Hvis Ja - angiv:

Station:

Malignitet - Nej:

Malignitet - Ja:

2R	<input type="checkbox"/>
2L	<input type="checkbox"/>
3A	<input type="checkbox"/>
3P	<input type="checkbox"/>
4R	<input type="checkbox"/>
4L	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
9R	<input type="checkbox"/>
9L	<input type="checkbox"/>
10R	<input type="checkbox"/>
10L	<input type="checkbox"/>
≥11R	<input type="checkbox"/>
≥11L	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

13.

Udskrives dato*(Anføres automatisk i programmet)*

angiv dag/md/år

14.

Overflyttet anden afdeling:*(Anføres automatisk i programmet)*Nej Ja

15.

Videre forløb:

Behandelnde afdeling	<input type="checkbox"/>	Onkologisk afdeling	<input type="checkbox"/>
Anden kirurgisk afdeling	<input type="checkbox"/>	Anden afdeling	<input type="checkbox"/>
Medicinsk afdeling	<input type="checkbox"/>	Egen læge	<input type="checkbox"/>
Død under indlæggelse	<input type="checkbox"/>		

16.

T-klassifikation*(Anføres automatisk i programmet)***N-klassifikation****M-klassifikation**

AZCD10	T0	<input type="checkbox"/>
AZCD12	Tis	<input type="checkbox"/>
AZCD131	T1mic	<input type="checkbox"/>
AZCD13A	T1a	<input type="checkbox"/>
AZCD13B	T1b	<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"/>

AZCD30	N0	<input type="checkbox"/>
AZCD31	N1	<input type="checkbox"/>
AZCD32	N2	<input type="checkbox"/>
AZCD32A	N2a	<input type="checkbox"/>
AZCD32B	N2b	<input type="checkbox"/>
AZCD33	N3	<input type="checkbox"/>
AZCD39	Nx	<input type="checkbox"/>

AZCD40	M0	<input type="checkbox"/>
AZCD41A	M1a	<input type="checkbox"/>
AZCD41B	M1b	<input type="checkbox"/>
AZCD41C	M1c	<input type="checkbox"/>
AZCD41C2	M1c1	<input type="checkbox"/>
AZCD41C3	M1c2	<input type="checkbox"/>