

Navn – CPR. nr.	Sygehus, afd.
Vejledning: Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings og kontrol-/ undersøgelseskema. Skemaet dækker perioden fra operationen og 10 år frem. I første kolonne er angivet det planlagte tidspunkt for undersøgelse. De aktuelle tidspunkter for undersøgelserne samt resultaterne indføres i de øvrige kolonner. I kolonnen yderst til højre anføres dato for mammografi (uafhængigt af tidspunkt for us.). Data indberettes via DBCG's online-system (www.dbcg.dk).	

FORLØBSOVERSIGT (når de enkelte behandlingsskemaer er indberettet, overføres datoerne elektronisk).

Kemoterapi ¹⁾	Ja <input type="checkbox"/> ¹⁾	Nej <input type="checkbox"/>	Dato for 1. kemoterapi	_ _ _ _ _ _ _ _ _	ddmmyyyy
Adjuverende strålebehandling	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Dato for 1. strålebehandling	_ _ _ _ _ _ _ _ _	ddmmyyyy
Biologisk behandling	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Dato for 1. biologiske behandling	_ _ _ _ _ _ _ _ _	ddmmyyyy
Endokrin behandling ²⁾	Ja <input type="checkbox"/> ²⁾	Nej <input type="checkbox"/>	Dato for 1. endokrine behandling	_ _ _ _ _ _ _ _ _	ddmmyyyy

Tidspunkt for opfølgning	Dato for Undersøgelse/ Kontrol Dag, md, år	Endokrin terapi ³⁾		O F S ⁴⁾	Bisfosfonat ⁵⁾	Recidiv	Mammografi
		Navn	Dosis (mg)			0 = nej 1 = ja (udfyld off study) 9 = ikke undersøgt	Dag, md, år
Dag 0 ²⁾							
6. md.							
12. md.							
2. år 6. md. ¹⁾ *							
2. år 12. md.							
3. år 6. md.							
3. år 12. md.							
4. år 6. md.							
4. år 12. md.							
5. år 6. md.							
5. år 12. md.							
6. år 6. md.							
6. år 12. md.							
7. år 6. md.							
7. år 12. md.							
8. år 12. md.							
9. år 12. md.							
10. år 12. md.							
11. år 12. md.							
12. år 12. md.							
13. år 12. md.							
14. år 12. md.							
15. år 12. md.							

* Langtidsbivirkninger:	Muskel-/ledsmerter 0-4 ^{a)}	Nervepåvirkning 0-4	Menstruation 0-3 ^{b)}	Hårtab 0-2 ^{c)}
-------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------------------	--------------------------

Endokrin behandling ophørt: <input type="checkbox"/> Ja	Dato for sidste endokrin behandling: _ _ _ _ _ _ _ _ _ ddmmyyyy
---	---

Evt. bemærkninger:

Registrer den terapi der gives/udleveres ved det pågældende besøg.

- 1) Start af registrering for patienter **efter** kemoterapi (DBCG b og d) eller neo-adj. endokrin behandling.
- 2) Start af registrering for patienter **uden** kemoterapi (DBCG a og c).
- 3) Tamoxifen, Letrozol, Exemestan, Anastrozol, Fulvestrant.
- 4) LHRH Antagonist, Ooforektomi, Aktinisk kastration.
- 5) Zoledronsyre, Clodronat.
- a) Gradering af ikke hæmatologiske bivirkninger og evt. dosisreduktion, se flow sheet, 1. år serie 1-3, side 3-5.
- b) Menstruation: 0 = regelmæssig; 1 = kraftigere end vanlig; 2 = øget interval/sparsom; 3 = ophørt.
- c) Hårtab: 0 = normal.; 1 = let, moderat; 2 = svær, total (kræver paryk).