

Delbryst vs helbryst

Navn – CPR.nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

Vejledning: Dette skema udfyldes før inklusion i protokollen. Kun hvis alle bokse i den markerede søjle afkrydses, er patienten egnet til behandling i henhold til protokollen. Skemaet findes på DBCG's hjemmeside(www.dbcg.dk). Vælg Web indtastning i menuen, indtast Brugenavn og Password, følg vejledningen som beskrevet.

Inklusionskriterier:

Histologisk påvist c. mammae pT1, pN0, M0. Enkeltcellemetastaser i aksillen (pN0i+) accepteres	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Kirurgisk procedure mikroradikal lumpektomi og kandidat til DBCG F	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Kvinde med alder ≥ 60 år	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Adenocarcinom ≤20 mm, non-lobulær, unilateral og unifokal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Tumor malignitetsgrad I eller II, positiv for østrogenreceptor og/eller progesteronreceptor, og negativ HER2 status	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
WHO performance 0-2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Er i stand til at gennemføre behandling, planlagte follow-up besøg og undersøgelser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
På planlægnings CT-scanning er lumpektomikaviteten tydelig og partiel brystbestråling teknisk mulig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej												
Underskrevet informeret samtykke til forsøg, dato: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">dd</td><td colspan="2" style="text-align: center;">mm</td><td colspan="2" style="text-align: center;">yy</td></tr></table>							dd		mm		yy		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
dd		mm		yy										

Eksklusionskriterier:

Brystimplantater, uanset side	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Tidligere strålebehandlet på mamma / thorax	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja
Samtidig / tidl. maligne sygdomme eller hudsygdomme, som kan påvirke behandling eller follow-up	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja

Systemisk behandling (skal udfyldes)	<input type="checkbox"/> ingen endokrin behandling
	<input type="checkbox"/> endokrin behandling

<p>Udfyldes af DBCG</p> <p>Randomiseringsnr. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Randomiseret til:</p> <p><input type="checkbox"/> Regime 1 (Helbryst 40 Gy / 15 fr)</p> <p><input type="checkbox"/> Regime 2 (Delbryst 40 Gy / 15 fr)</p> <p>Dato <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ddmmyy</p>													<p>Skemaet udfyldt af:</p> <p>Navn: _____ (BLOKBOGSTAVER)</p> <p>Sign.: _____</p> <p>Dato <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ddmmyy</p>						