

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

**Vejledning:** Skemaet udfyldes af kirurgisk afdeling ved enhver operation med sentinel node (SN).  
SN skema indtastes online via DBCG's hjemmeside ( [www.dbcg.dk](http://www.dbcg.dk) )

<input type="checkbox"/> SN i forbindelse med præoperativ klassifikation  <input type="checkbox"/> SN efter neoadj. medicinsk behandling	<b>Frysemikroskopi på SN</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																		
<b>Indikation</b>  <input type="checkbox"/> Invasiv c.m. Unifokal <input type="checkbox"/> Invasiv c.m. Multifokal/ Multicentrisk <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> Højre (DCIS) <input type="checkbox"/> Venstre (DCIS)	<b>Aksilrømning i samme seance</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej, indgår i Senomac  <b>Årsag til aksilrømning</b> <input type="checkbox"/> Valideringsfase <input type="checkbox"/> Som følge af frysemikroskopisvar på SN <input type="checkbox"/> Mistanke om metastaser ved operationen <input type="checkbox"/> SN ikke fundet																		
<b>Tidligere indgreb</b>  <input type="checkbox"/> Præoperativ excisionsbiopsi forud for SN <input type="checkbox"/> Operation i pågældende bryst Angiv operationsår: _____  <b>Lokalisation af tidligere indgreb</b>  <input type="checkbox"/> Øvre lateral <input type="checkbox"/> Øvre medial <input type="checkbox"/> Nedre lateral <input type="checkbox"/> Nedre medial <input type="checkbox"/> Central	<b>Senomac</b>  Informeret samtykke til Senomac studiet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  Hvis ja, Kriterier for deltagelse opfyldt: <input type="checkbox"/> Ja      Randomiseret: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  <input type="checkbox"/> Nej																		
<b>Injektionsteknik</b> (en eller flere afkrydsninger)  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Radioaktivt sporstof</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Farvestof</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Subareolært</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Peritumoralt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Subdermalt (over tumor)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Periareolært</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tumorkavitet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Radioaktivt sporstof	Farvestof	Subareolært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritumoralt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subdermalt (over tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periareolært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorkavitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis nej, årsag: <input type="checkbox"/> Ikke informeret <input type="checkbox"/> Patienten ønsker ikke at deltage <input type="checkbox"/> Andet
	Radioaktivt sporstof	Farvestof																	
Subareolært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Peritumoralt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Subdermalt (over tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Periareolært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tumorkavitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<b>Operationsdato:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																			

Dato: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									Sign.: