

Navn – CPR.nr.	Sygehus, afd.
Data indberettes online via DBCG's hjemmeside ( <a href="http://www.dbcg.dk">www.dbcg.dk</a> ) senest 3 mdr. efter afsluttet behandling.	

<b>Strålebehandling</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Indikation</b>																				
<b>Årsag til ingen eller anden strålebehandling</b>	Invasiv cancer mammae <input type="checkbox"/>																				
Patientens eget valg <input type="checkbox"/>	In situ <input type="checkbox"/>																				
Defekt cicatrice el. infektion <input type="checkbox"/>	Hvis In situ, angiv side																				
Cardiovaskulær sygdom <input type="checkbox"/>	Højre <input type="checkbox"/>																				
Andet <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>																				
Hvis andet, specificer: _____	Lokoregionalt recidiv <input type="checkbox"/>																				
Første behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">dag</td><td style="font-size: 8px;">md.</td><td style="font-size: 8px;">år</td><td></td><td></td></tr></table>						dag	md.	år			Sidste behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">dag</td><td style="font-size: 8px;">md.</td><td style="font-size: 8px;">år</td><td></td><td></td></tr></table>						dag	md.	år		
dag	md.	år																			
dag	md.	år																			

Inklusion af parasternale lymfeknuder (uanset sidelokalisation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Mastektomi</b>	
Type A sin Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type A dxt Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type B sin Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type B dxt Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type C Lavrisiko og indvækst i profunde resektionsrande	<input type="checkbox"/>
<b>Lumpektomi</b>	
Type D sin Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type D dxt Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type E sin Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type E dxt Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	<input type="checkbox"/>
Type F Lavrisiko eller In situ	<input type="checkbox"/>
* Node-positiv omfatter ikke lymfeknuder med mikrometastaser.	

<b>Klinisk targetvolumen (CTV)</b>	<b>Anden strålebehandling</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Dosis, Gy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>			Hvis ja, angiv target med et eller flere kryds
Antal fraktioner <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> (Standard 48Gy på 24 fraktioner over 5 uger)			Residuale mamma <input type="checkbox"/>
<b>Boost</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Regio mammae <input type="checkbox"/>		
Dosis, Gy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>			Aksillære lymfeknuder <input type="checkbox"/>
Antal fraktioner <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table> (Standard 10Gy på 5 fraktioner over 1 uge)			Supra klavikulære lymfeknuder <input type="checkbox"/>
	Parasternale lymfeknuder <input type="checkbox"/>		
	Dosis, Gy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>		
	Antal fraktioner <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>		

Dato: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">dag</td><td style="font-size: 8px;">md.</td><td style="font-size: 8px;">år</td><td></td></tr></table>					dag	md.	år		Sign.:
dag	md.	år							