

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

Skemaet indberettes online via DBCG's hjemmeside (www.dbcg.dk) senest 3 mdr. efter afsluttet behandling

Strålebehandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Indikation																								
Årsag til ingen eller anden strålebehandling	Invasiv cancer mammae <input type="checkbox"/>																								
Patientens eget valg <input type="checkbox"/>	In situ <input type="checkbox"/>																								
Defekt cicatrice el. infektion <input type="checkbox"/>	Lokoregionalt recidiv <input type="checkbox"/>																								
Cardiovaskulær sygdom <input type="checkbox"/>	Side: Højre <input type="checkbox"/>																								
Andet <input type="checkbox"/>	Side: Venstre <input type="checkbox"/>																								
Hvis andet, specificer: _____																									
Første behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">dag</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">md.</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">år</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							dag	md.	år				Sidste behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">dag</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">md.</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">år</td> <td colspan="3"></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
Gating <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Mastektomi
Type A Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder <input type="checkbox"/>
Type B 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"/>
Lumpektomi
Type D Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder <input type="checkbox"/>
Type E Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder <input type="checkbox"/>
Type F Node-negativ eller In situ <input type="checkbox"/>
Type G Delbryst <input type="checkbox"/>
* Node-positiv omfatter ikke lymfeknuder med mikrometastaser.

Klinisk targetvolumen (CTV) ved ingen eller sekventielt boost	Klinisk target volumen (CTV) ved simultant integreret boost
Dosis, Gy --- , ---	Dosis boostområde, Gy --- , ---
Fraktioner --	Dosis non-boostområde, Gy --- , ---
Fraktioner --	Fraktioner --
Sekv. boost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anbefalede SIB doser: 57Gy / 50Gy / 25fr
Dosis, Gy --- , ---	63Gy / 51,52Gy / 28fr
Fraktioner --	45,75Gy / 40Gy / 15fr
	52,20Gy / 42,30Gy / 18fr

Anden strålebehandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, angiv target med kryds: Residuale mamma <input type="checkbox"/> Regio mammaria <input type="checkbox"/>
Lymfeknuder i level 1-2 <input type="checkbox"/> Lymfeknuder i level 3-4 <input type="checkbox"/> Parasternale lymfeknuder <input type="checkbox"/>
Dosis, Gy --- , --- Fraktioner --

Dato: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">dag</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">md.</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">år</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							dag	md.	år				Sign.:
dag	md.	år											