

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

Vejledning:
 Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelsesskema (øverst) samt registreringsskema (nederst). På øverste linie er angivet observationsuge. Herunder anføres de aktuelle datoer. På undersøgelsesskemaet er med O angivet de obligatoriske undersøgelser. På registreringsskemaet er de obligatoriske undersøgelser markeret ved indrammede felter. Disse felter rummer samtidig de oplysninger, som skal indberettes til DBCG. Tidspunkterne for indberetning til DBCG er angivet øverst på registreringsskemaet med en pil.
 Ved indberetning fremsendes en fotokopi af registreringsskemaet til:
 DBCG sekretariatet, afsnit 2501, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Tlf.: 35 38 65 30.
 Alternativt kan skemaet faxes på fax nr. 35 26 35 25.

År	Md. nr. Dag, md.	0	3	6	9	12
Tabl. tamoksifen 20 mg dgl.						
Adjuverende strålebehandling ¹⁾						
Objektiv us.		○		○		○
Rtg. thorax		○				
Knoglescintigrafi / Rtg. Skelet ²⁾		○				
UL / CT hepar ³⁾		○				

- 1) Loco-regional strålebehandling gives i henhold til DBCG's retningslinier.
- 2) Udføres kun, hvis der er knoglesmerter, eller hvis alk. fosfatase eller Ca er forhøjet. Rtg. af skelet (col. totalis + bækken) udføres, hvis knoglescint. ikke kan udføres, eller hvis knoglescint. er abnorm (abnorme foci).
- 3) Udføres kun hvis levertal (ASAT/ALAT eller bilirubin eller alk. fosfatase) er forhøjet.

Højde, cm	Vægt, kg
-----------	----------

Tidspunkt for indberetning markeret med pil.							↓
År	Md. nr. Dag, md.	0	3	6	9	12	
Tamoksifen (mg dgl.)							
Adjuverende strålebehandling 0=nej, 1=ja							
Resultat af objektiv us. ⁴⁾							
Rtg. thorax 0 = ÷ recidiv							
Rtg. skelet 1 = + recidiv							
UL / CT hepar 9 = ikke us.							

4) Omfatter undersøgelse med hensyn til recidiv i cicatrice/residuale mamma, modsidig mamma, regionale lymfeknuder.

Evt. bemærkninger.