

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

Vejledning: Hvis der ved sentinel node påvises maligne tumorceller/metastaser, udfyldes skema for invasiv cancer. De optrukne felter skal udfyldes. In Situ Mammaskema, In Situ Kirurgiskema og In Situ Patologiskema samt evt. Specialskema for sentinel node indtastes online via DBCG's hjemmeside (www.dbcg.dk) for alle patient med carcinoma mammae in situ (DCIS/LCIS).

KLINISKE OPLYSNINGER – UDFYLDES AF KIRURGISK AFDELING

Biopsidato (grovnål):	Excisions- / lumpektomidato:	Mastektomidato:	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Kliniske fund		Billeddiagnostiske fund	
Nålemarkeret proces	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tumor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Palpabel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vævsfortætning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Klinisk Mb. Paget	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mikroforkalkninger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Bundfascie på præparat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arkitektur forandringer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Radialt ar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
		Andet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
			Side <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre
			Loka- lisation <input type="checkbox"/> Øvre lateral <input type="checkbox"/> Øvre medial <input type="checkbox"/> Nedre lateral <input type="checkbox"/> Nedre medial <input type="checkbox"/> Central