

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

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

<b>Strålebehandling</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Årsag til ingen eller anden strålebehandling</b> Patientens eget valg <input type="checkbox"/> Defekt cicatrice el. infektion <input type="checkbox"/> Cardiovasculær sygdom <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> Hvis andet, specificer: _____	<b>Indikation</b> Invasiv cancer mammae <input type="checkbox"/> In situ <input type="checkbox"/> Hvis In situ, angiv side Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Lokoregionalt recidiv <input type="checkbox"/>
Første behandlingsdag:      _____ dag      md.      år	Sidste behandlingsdag:      _____ 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
<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> Dosis, Gy                                      _____ Antal fraktioner                              _____ (Standard 48Gy på 24 fraktioner over 5 uger)	<b>Anden strålebehandling</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv target med et eller flere kryds Residuale mamma <input type="checkbox"/> Regio mammae <input type="checkbox"/> Aksillære lymfeknuder <input type="checkbox"/> Supra klavikulære lymfeknuder <input type="checkbox"/> Parasternale lymfeknuder <input type="checkbox"/> Dosis, Gy                                      _____ Antal fraktioner                              _____
<b>Boost</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Dosis, Gy                                      _____ Antal fraktioner                              _____ (Standard 10Gy på 5 fraktioner over 1 uge)	

Dato:      _____ dag      md.      år	Sign.:
--	--------