

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 Patientens eget valg <input type="checkbox"/> Defekt cicatrice el. infektion <input type="checkbox"/> Cardiovaskulær sygdom <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> Hvis andet, specificer: _____	Invasiv cancer mammae <input type="checkbox"/> In situ <input type="checkbox"/> Lokoregionalt recidiv <input type="checkbox"/> Side: Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/>																								
Første behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td>dag</td><td>md.</td><td colspan="3">år</td><td></td></tr> </table>							dag	md.	år				Sidste behandlingsdag: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td>dag</td><td>md.</td><td colspan="3">år</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 Gating <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Mastektomi: Bolus på ar <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 Dosis, Gy ---, --- Fraktioner --	Klinisk target volumen (CTV) ved simultant integreret boost Dosis boostområde, Gy ---, --- Dosis non-boostområde, Gy ---, --- Fraktioner --																								
Sekv. boost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Dosis, Gy ---, --- Fraktioner --	Anbefalede SIB doser: 57Gy / 50Gy / 25fr 63Gy / 51,52Gy / 28fr 45,75Gy / 40Gy / 15fr 52,20Gy / 42,30Gy / 18fr																								
Anden strålebehandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																									
Hvis ja, angiv targetet med kryds: Residuale mamma <input type="checkbox"/> Regio mamma <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; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td>dag</td><td>md.</td><td colspan="3">år</td><td></td></tr> </table>							dag	md.	år				Sign.:												
dag	md.	år																							