

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

Vejledning:

Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelsesskema (på denne side) samt registreringsskema (på bagsiden). På øverste linie er angivet observationsuge. Herunder anføres de aktuelle datoer. På behandlings – og undersøgelsesskemaet er med angivet de obligatoriske undersøgelser. På registreringsskemaet er de obligatoriske oplysninger markeret ved indrammede felter, mindst en behandling skal angives og indberettes til DBCG. Tidspunkterne for indberetning til DBCG er angivet øverst på registreringsskemaet med en pil.
 Data indberettes via DBCG's online-system (www.dbcg.dk), alternativt kan skemaet faxes på fax nr.: 35 26 35 25.

År	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	Uge nr.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
		Dag, md.									
Inj. cyklofosamid mg/m ² dag 1 (Sendoxan)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. epirubicin mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. adriamycin mg/m ² dag 1 (Doxorubin,Doxon)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. docetaxel mg/m ² dag 1 (Taxotere)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. paclitaxel mg/m ² dag 1 (Taxol)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. vinorelbine mg/m ² dag 1 (Navelbine)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. gemcitabine mg/m ² dag 1 (Gemzar)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. capecitabine mg/m ² dag 1 (Xeloda)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. caelyx mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. methotrexate mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. (5-) fluorouracil mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj. carboplatin mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Inj cisplatin mg/m ² dag 1	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
Trastuzumab ³⁾											
Lapatinib ³⁾											
Adjuverende strålebehandling ¹⁾											
Tabl. tamoksifen 20 mg dgl. ²⁾											
Tabl. letrozol 2,5 mg dgl. ²⁾ (Femar)											
Tabl. aromasin ?? mg dgl. ²⁾ (Exemestan)											
Tabl. arimidex ?? mg dgl. ²⁾ (Anastrozol)											
Objektiv us. ⁴⁾	<input type="radio"/>										
Hgb., leuk., neutro., tromb.	<input type="radio"/>					<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		

- 1) Loco-regional strålebehandling gives i henhold til DBCG's retningslinier.
- 2) Hvis tumor er ER/PGR positiv. Starter 3 uger efter sidste serie kemoterapi.
- 3) Hvis tumor er HER 2 positiv. Starter 3 uger efter 3. serie kemoterapi.
- 4) Omfatter undersøgelse med hensyn til recidiv i cicatrice/residuale mamma, modsidig mamma, regionale lymfeknuder. Hvis der er knoglesmerter eller hvis alk. fosfatase eller serum-ca er forhøjet udføres rgt. af skelet (col. totalis + bækken), hvis knoglescint. ikke kan udføres, eller hvis knoglescint. er abnorm (abnorme foci). Hvis levertal (ASAT/ALAT eller bilirubin eller alk. fosfatase) er forhøjet udføres UL/CT af lever.

Evt. bemærkninger.

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

Højde (cm)	Vægt (kg)	Overfl. 100x(m ²) ex: 1,8 m ² tast 180	
------------	-----------	--	--

Tidspunkt for indberetning markeret med pil ↓

År	Uge nr.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
<input style="width:80%;" type="text"/>	Dag, md.									
Lægemiddel (dosis bestemmes af behandlende afd.)		1. serie			2. serie			3. serie		
Cyklofosamid (mg)										
Epirubicin(mg)										
Adriamycin(mg)										
Docetaxel(mg)										
Paclitaxel(mg)										
Vinorelbine(mg)										
Gemcitabine(mg)										
Capecitabine(mg)										
Caelyx(mg)										
Methotrexate(mg)										
(5-)Fluorouracil(mg)										
Carboplatin(mg)										
Cisplatin (mg)										
Trastuzumab										
Lapatinib										
Vækstfaktor:	Præparat type:									
	Angiv dosis/ behandling (µg): ex: 6 mg tast: 6000									
	Antal behandlinger:									
Adjuverende strålebehandling ¹⁾										
Endokrin behandling :										
Tamoxifen										
Letrozol (Femar)										
Aromasin (Exemestan)										
Arimidex (Anastrozol)										
Signatur, læge/sygeplejerske										
Hgb 10x(mmol/l) ex: 7,6 (mmol/l) tast: 76										
Leucocytter 10x(10 ⁹ /l) ex: 3,5 10 ⁹ /l tast: 35										
Neutrocytter 10x(10 ⁹ /l) ex: 1,5 10 ⁹ /l tast: 15										
Trombocytter (10 ⁹ /l) ex: 250 10 ⁹ /l tast: 250										
Recidiv 0 = nej, 1 = ja, 9 = ikke us.										