

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

Vejledning: Dette Off Study Card indtastes online via DBCG's hjemmeside (www.dbcg.dk).

Dato for udgang af undersøgelsen _____ Vejledning: Se nedenfor.
dag måned år

Årsag til udgang af undersøgelsen:

- Patient ophører med kontrol (årsag angives nedenfor)
- Recidiv (lokalisering angives nedenfor) Recidiv fundet ved planlagt (iflg. Flow Sheet) kontrol Ja Nej
- Anden malign sygdom _____
- Død (dødsårsag angives nedenfor)
- Inaktivt CPR (årsag angives nedenfor)

Vejledning vedrørende angiven dato for udgang af undersøgelsen:

- | | |
|--|---|
| 1. Patienten ønsker ikke videre kontrol.
Her angives datoen for patientens sidste kontrol i afdelingen. | 3. Anden malign sygdom.
Her angives datoen for den objektive påvisning af anden malign sygdom. |
| 2. Recidiv.
Her angives datoen for den objektive påvisning af recidiv. | 4. Død.
Her angives dødsdato. |

Årsag til patient ophører med kontrol:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patient ønsker ikke videre kontrol | <input type="checkbox"/> 10 års kontrol afsluttet |
| <input type="checkbox"/> Patientens almen/psykiske tilstand | <input type="checkbox"/> Kapacitetproblemer på afdeling |
| <input type="checkbox"/> Andet (specificeres) _____ | |

Lokalisation af recidiv:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, aksil, samsidig | <input type="checkbox"/> Modsidig mamma |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, aksil, modsidig | <input type="checkbox"/> Hud (udenfor regio mammalis) |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, supra- eller infraclavic., samsidig | <input type="checkbox"/> Knogler |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, supra- eller infraclavic., modsidig | <input type="checkbox"/> Lunger |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, hals, samsidig | <input type="checkbox"/> Pleura |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, hals, modsidig | <input type="checkbox"/> Lever |
| <input type="checkbox"/> Lymfeknuder, intrathoracale | <input type="checkbox"/> Abdomen (andet end lever) |
| <input type="checkbox"/> Cikatrice | <input type="checkbox"/> CNS |
| <input type="checkbox"/> Residualt mamma | <input type="checkbox"/> Anden (specificeres) _____ |

Recidiv verificeret Ja, histologisk Ja, cytologisk Nej

Dødsårsag:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer mammae | <input type="checkbox"/> Bivirkninger af behandlingen |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculær sygdom | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Anden (specificeres) _____ | |

Sektion foretaget Ja Nej

Inaktivt CPR årsag:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ikke i folkeregister, tildelt cpr af anden årsag | <input type="checkbox"/> Anulleret |
| <input type="checkbox"/> Slettet p.g.a. dobbelt nummer | <input type="checkbox"/> Ændret p.g.a. ændringer af fødselsdato eller køn |
| <input type="checkbox"/> Forsvundet | <input type="checkbox"/> Udrejst |

Dato	Signatur
------	----------