

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

KLINISKE OPLYSNINGER – UDFYLDES AF KIRURGISK AFDELING. Vejledning se bagsiden.

Biopsidato: <input type="text"/>		Lokalisation	
Lumpek-tomidato: <input type="text"/>		Bilateral <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Diagnostik		Hvis bilateral c. mammae indberet da den side der medfører den mest intensive behandling	
		Side: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre	
Type:	Resultat:	Lokalisation: <input type="checkbox"/> Øvre lateral <input type="checkbox"/> Øvre medial <input type="checkbox"/> Nedre lateral <input type="checkbox"/> Nedre medial <input type="checkbox"/> Central	
Billed-diagnostik	<input type="checkbox"/> Malign (BIRADS 5)	(evt. flere afkrydsninger)	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (BIRADS 4)		
	<input type="checkbox"/> Benign/uspecifik (BIRADS 1–3)		
	<input type="checkbox"/> Ikke udført		
Nål-cytologi	<input type="checkbox"/> Malign (C5)	Det kirurgiske indgreb	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (C4)	Kommunikation mellem aksil og mammakavitæt	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (C1–3)	Bundfascie på præparat	
	<input type="checkbox"/> Ikke udført	Billedmarkering	
Nål-histologi	<input type="checkbox"/> Malign (B5)	Onkoplastik	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (B4)	Onkoplastik anvendt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (B1–3)	Vævsomplacering intramammært	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
	<input type="checkbox"/> Ikke udført	Vævstilsførsel (lapplastik)	
Excision	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Brystreduktion	
Palpabel tumor	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	Modsidig korrektion anvendt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
		Mastopleksi/reduktion	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
UL - Bestemmelse		Augmentation	
Tumordiameter målt ved UL (uoplyst=999)			