

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

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

Biopsidato: <input type="text"/>		<b>Lokalisation</b>	
Mastektomidato: <input type="text"/>		Bilateral <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Diagnostik:</b>		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:	
Billed-diagnostik	<input type="checkbox"/> Malign (BIRADS 5)	<input type="checkbox"/> Øvre lateral	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (BIRADS 4)	<input type="checkbox"/> Øvre medial	
	<input type="checkbox"/> Benign/uspecifik (BIRADS 1–3)	<input type="checkbox"/> Nedre lateral	
	<input type="checkbox"/> Ikke udført	<input type="checkbox"/> Nedre medial	
Nål-cytologi	<input type="checkbox"/> Malign (C5)	<input type="checkbox"/> Central	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (C4)	<b>Rekonstruktion/Onkoplastik</b>	
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (C1–3)		
	<input type="checkbox"/> Ikke udført		
Rekonstruktion anvendt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Nål-histologi	<input type="checkbox"/> Malign (B5)	Implantat/ekspander	Nej = 0 Ja = 1
	<input type="checkbox"/> Suspekt (B4)	Lap + implantat	Ikke us. = 9
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (B1–3)	Laptype:	
	<input type="checkbox"/> Ikke udført	LD	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
Excision	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	TRAM/DIEP	
<b>UL - Bestemmelse</b>		Andet	
Tumordiameter målt ved UL (uoplyst=999)		Modsidig korrektion anvendt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
		Mastopleksi/reduktion	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
		Augmentation	