

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

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

Mastektomidato	<input type="text"/>	Rekonstruktion/Onkoplastik	
Lokalisation		Rekonstruktion anvendt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Bilateral	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Implantat/ekspander	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
Hvis bilateral c. mammae indberet da den side der medfører den mest intensive behandling		Lap + implantat	Ikke us. = 9
Side:	<input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre	Laptype:	
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	LD	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
(evt. flere afkrydsninger)		TRAM/DIEP	
Klinisk tumorrest	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	Andet	
UL - Bestemmelse		Modsidig korrektion anvendt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tumordiameter målt ved UL (uoplyst=999)		Mastopleksi/reduktion	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9
		Augmentation	Ikke us. = 9