

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

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

Biopsidato: <input type="text"/>		Lokalisation	
		Bilateral <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Diagnostik		Hvis bilateral c. mammae indberet da den side der medfører den mest intensive behandling	
Type:	Resultat:	Side:	<input type="checkbox"/> Højre
Billed-diagnostik	<input type="checkbox"/> Malign (BIRADS 5)	<input type="checkbox"/> Venstre	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (BIRADS 4)		
	<input type="checkbox"/> Benign/uspecifik (BIRADS 1–3)		Lokalisation:
	<input type="checkbox"/> Ikke udført		(evt. flere afkrydsninger)
Nål-cytologi	<input type="checkbox"/> Malign (C5)	<input type="checkbox"/> Øvre lateral	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (C4)	<input type="checkbox"/> Øvre medial	
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (C1–3)	<input type="checkbox"/> Nedre lateral	
	<input type="checkbox"/> Ikke udført	<input type="checkbox"/> Nedre medial	
Nål-histologi	<input type="checkbox"/> Malign (B5)	<input type="checkbox"/> Central	
	<input type="checkbox"/> Suspekt (B4)		
	<input type="checkbox"/> Benign/atypi (B1–3)		
	<input type="checkbox"/> Ikke udført		
Excision	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Palpabel tumor	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9		
UL - Bestemmelse			
Tumordiameter målt ved UL (uoplyst=999)			