

Navn, CPR. nr.	Sygehus, Afd.
----------------	---------------

**Vejledning:** Dette flow-sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelsesskema (denne side) samt registreringsskema (bagsiden). På linie 2 og 3 er angivet observationsår og -måned. Herover anføres de aktuelle datoer. På undersøgelseskemaet er med **O** angivet de obligatoriske undersøgelser. På registreringsskemaet er de obligatoriske undersøgelser markeret ved indrammede felter. Disse felter rummer samtidig de oplysninger, som skal registreres. Tidspunkterne for indberetning til DBCG er angivet øverst på registreringsskemaet med en pil. Ved indberetning fremsendes en fotokopi af registreringsskemaet til: DBCG sekretariatet, afsnit 2501, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø Tlf. 38 66 06 60. Alternativt kan skemaet faxes på fax.nr. 38 66 06 70.

Indberetning markeret med pil

År _____	Dag/md.											
År		1	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
Måned		0	6	12	6	12	6	12	6	12	6	12
		baseline										
Letrozol 2.5 mg *	0=nej											
	1=ja											
Calcium + Vitamin D												
Evaluering for recidiv <sup>1</sup>		O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Obj. us. <sup>2</sup>		O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Anamnese <sup>3</sup>		O										
Informeret samtykke til forsøg og patologi <sup>4</sup>		O										
Vægt, kg		O		O		O		O		O		O
PS		O		O		O		O		O		O
Bivirkninger <sup>5</sup>		O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Hæmatologi <sup>6</sup>		O										
Klinisk kemi <sup>6*</sup>		O										
Røntgen af thorax <sup>6</sup>		O										
Mammografi <sup>6</sup>		O										
Knoglescintigrafi <sup>6</sup>		O										
Medicinregnskab <sup>7</sup>			O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Anden medicin <sup>8</sup>		O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

<p><b>* Behandlingen gives dagligt i 5 år.</b></p> <p><b>1:</b> Omfatter undersøgelse med hensyn til recidiv i cicatrice, residuale mamma, kontralaterale mamma, regionære lymfeknuder.</p> <p><b>2:</b> Omfatter højde og vægt.</p> <p><b>3:</b> Omfatter oplysninger om PS, menopausestatus, dato for sidste menstruation, og for evt. hysterectomi eller bilateral oophorektomi, behandlingskrævende hypertension, hjerte-kar sygdomme, diabetes mellitus (type 1 og 2 samt medicinering), arvelig disposition til hjertesygdom(angina pectoris og/eller AMI), knoglebrud, calcium /D-vitamin tilskud (angiv præparat, dosis, behandlingsvarighed), beh. med bisfosfonater (angiv præparat, dosis, behandlings-varighed), anden medicinsk behandling (angiv indikation,præparat, dosis, behandlingsvarighed).</p>	<p><b>4:</b> Samtykkeerklæring til patologiforsendelse og til forsøg.</p> <p><b>5:</b> Omfatter registrering af alle targeterede bivirkninger (kardielle/vaskulære, skelet mæssige, CNS, blødninger og thromber, hedeture, depressioner samt ikke-target relaterede SAE'er (indlæggelser eller bivirkninger grad 3-4). Graderes i henhold til NCI-CTC (version 3).</p> <p><b>6:</b> Hvis klinisk indiceret.</p> <p><b>6*:</b> Omfatter: Kreat, Ca<sup>++</sup>, ALAT, LDH, bilirubin.</p> <p><b>7:</b> Udleveres til patienterne hver 6. måned. Medicinregnskab ved sygeplejerske.</p> <p><b>8:</b> Beh. med bisfosfonater, lipid/cholesterolsænkende stoffer, antidepressiva, behandling for hypertension og/eller anden medicin)</p>
--	--

**Efter 5. år fortsættes i henhold til DBCG flow-sheet 6. -15. år**