DBCG 05 STRÅLEBEHANDLINGSSKEMA

DANISH BREAST CANCER COOPERATIVE GROUP

Navn – CPR.nr.	Sygehus, afd.

Skemaet indsendes senest 3 mdr. efter afsluttet behandling til:
DBCG, afsnit 2501, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Tlf.: 35 38 65 30. Fax: 35 26 35 25.

Strålebehandling ☐ Ja ☐ Nej	**Indikation**
Årsag til ingen eller anden strålebehandling	Invasiv cancer mammae ☐
Patientens eget valg ☐	In situ ☐
Defekt cikatrice el. infektion ☐	Hvis In situ, angiv side
Cardiovaskulær sygdom ☐	Højre ☐
Andet ☐	Venstre ☐
Hvis andet, specificer: _____	Lokoregionalt recidiv ☐
Første behandlingsdag: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dag md. år)	Sidste behandlingsdag: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dag md. år)

Inklusion af parasternale lymfeknuder (uanset sidelokalisation) ☐ Ja ☐ Nej

Mastektomi

Type A sin	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type A dxt	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type B sin	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type B dxt	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type C	Lavrisiko og indvækst i profunde resektionsrande	☐

Lumpektomi

Type D sin	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type D dxt	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet < 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type E sin	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type E dxt	Node-positiv * eller tumor > 50 mm og fjernet ≥ 10 aksillære lymfeknuder	☐
Type F	Lavrisiko eller In situ	☐

* Node-positiv omfatter ikke lymfeknuder med mikrometastaser.

Klinisk targetvolumen (CTV)	**Anden strålebehandling** ☐ Ja ☐ Nej
Dosis, Gy ☐☐	Hvis ja, angiv target med et eller flere kryds
Antal fraktioner ☐☐	Residuale mamma ☐
(Standard 48Gy på 24 fraktioner over 5 uger)	Regio mammaria ☐
	Aksillære lymfeknuder ☐
Boost ☐ Ja ☐ Nej	Supra klavikulære lymfeknuder ☐
Dosis, Gy ☐☐	Parasternale lymfeknuder ☐
Antal fraktioner ☐☐	Dosis, Gy ☐☐
(Standard 10Gy på 5 fraktioner over 1 uge)	Antal fraktioner ☐☐

Dato: ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dag md. år)	Sign.: