

<b>Navn – CPR. nr.</b>	<b>Sygehus, afd.</b>
------------------------	----------------------

**Vejledning:**

Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelseskema (på denne side) samt registreringsskema (på bagsiden). På øverste linie er angivet observationsuge. Herunder 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 indberettes til DBCG. 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.

År	Uge nr.	18		21		24		30		48
		Dag, md.								
<input type="text"/>										
Adjuverende strålebehandling <sup>1)</sup>										
Tabl. tamoksifen 20 mg dgl. <sup>2)</sup>										
Objektiv us. <sup>3)</sup>		○						○		○
Subjektive klager		○						○		○
Registrering af bivirkninger		○						○		○
Medicinstatus		○								○
Hgb., leuk., neutro., tromb.		○								
Biokemi										
Rtg. thorax										
Knoglescintigrafi / rtg. skelet <sup>4)</sup>										
UL / CT hepar <sup>5)</sup>										
Mammografi <sup>6)</sup>										

- 1) Loco-regional strålebehandling gives i henhold til DBCG's retningslinier.
- 2) Hvis tumor er ER/PGR positiv. Starter 3 uger efter sidste serie kemoterapi.
- 3) Omfatter undersøgelse med hensyn til recidiv i cikatrice/residuale mamma, modsidig mamma, regionale lymfeknuder.
- 4) Udføres kun, hvis der er knoglesmerter eller hvis alk. fosfatase eller serum-ca er forhøjet. Rtg. af skelet (col. totalis + bækken) udføres, hvis knoglescint. ikke kan udføres, eller hvis knoglescint. er abnorm (abnorme foci).
- 5) Udføres kun, hvis levertal (ASAT/ALAT) eller bilirubin eller alk. fosfatase er forhøjet.
- 6) Gentages i henhold til DBCG's retningslinier.

Evt. bemærkninger.

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

Tidspunkt for indberetning markeret med pil ↓

År	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Uge nr.	18		21		24		30		48
		Dag, md.									

Adjuverende strålebehandling	Nej = 0	1 = ja								
Tamoksifen (mg)										
Signatur, læge										
Signatur, sygeplejerske										
Hgb										
Leucocytter (x10 <sup>3</sup> /µl)										
Neutrocytter (x10 <sup>3</sup> /µl)										
Trombocytter (x10 <sup>3</sup> /µl)										

Recidiv	0 = nej, 1 = ja, 9 = ikke us.										
Slimhindeaffektion	0 - 4	Kodning af bivirkninger: se patientdagbog									
Diarré	0 - 4										
Muskel- og ledsmerter	0 - 4										
Nervepåvirkning	0 - 4										
Hududslet	0 - 3										
Negleforandringer	0 - 2										
Opkastning	0 - 4										
Kvalme	0 - 4										
Træthed	0 - 4										
Vædskeophobning	0 - 3										
Andre (noter i journal)	0 - 4										
Menstruation	0 - 4		se nedenfor								
Kølehandske anvendt	0 = nej, 1 = ja										

Menstruation: 0 = norm.; 1 = menoragi; 2 = oligomen. (interv. øget < 100%); 3 = oligomen. (interv. øget 100-200%); 4 = amen.

• Gradering af ikke hæmatologiske bivirkninger og evt. dosisreduktion, se protokol, side 9-10.