

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

**Vejledning:** Dette Flow Sheet anvendes som afdelingens behandlings- og undersøgelsesskema samt registreringsskema. På øverste linie er angivet observationsuge. Herunder anføres de aktuelle datoer. På undersøgelsesskemaet er med O angivet de obligatoriske undersøgelser. På registreringsskemaet er de obligatoriske undersøgelser markeret med indrammede felter. Disse felter rummer samtidig de oplysninger, som skal indberettes til DBCG. Tidspunktet 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.: 35 38 65 30. Alternativt kan skemaet faxes til 35 26 35 25.

Tidspunkt for indberetning til DBCG er markeret med pil <span style="float: right;">↓</span>											
År	<input style="width:80%;" type="text"/>	Uge nr.	0	3	6	9	12	15	18	21	24
		Dag, md.									
Trastuzumab 8 mg/kg uge 0			O								
Trastuzumab 6 mg/kg uge 3-24				O	O	O	O	O	O	O	O
Lapatinib 1000 mg daglig											
Antihormonal beh. (hvis receptor pos.)											
Strålebehandling i henhold til DBCG											
Anamnese 1)			O								
Objektiv us 2)			O				O				O
Rtg. thorax			O								
Mammografi											
Bili, ALAT/ASAT, alk fosf, kreat, carbamid			O								O
Hgb, WBC, neutrofile, trombocytter			O								O
EKG, og blodpr. til farmakogen. (÷ obligat.)			O								
LVEF			O				O				O
Subjektive klager 3)			O				O				O
Anden medicin 4)			O				O				O

1. Skal omfatte oplysninger om hjerte/karsygdomme, hypertension og beh., hypercholesterolæmi og beh. Noteres i journal.
2. Us. for recidiv, PS, højde (kun ved baseline), vægt, puls, BT, temp. Oplysn. noteres i journal, +/- recidiv også på flow sheet.
3. Alle symptomer, med eller uden sandsynlig relation til behandling, graderes iht. NCI-CTCAE v.3.0 og noteres i journal.
4. Noteres i journal. Angiv start- og slutdato.

Trastuzumab, dosis (mg)									
Lapatinib, dosis (mg)									
Hvis dosis 0 angiv årsag a)									
Strålebehandling 0=nej 1=ja									
Tamoxifen									
Aromasin (marker med x)									
Femar									
Arimidex									
Signatur for læge									
Signatur for sygeplejerske									
Recidiv 0=nej 1=ja									
LVEF%									