

Blod i urin med patienter som är 50 år och äldre på Närhälsan Guldvingen vårdcentral



Författare:

Mohammad Alahaj Shaker, ST-läkare
Närhälsan Guldvingen vårdcentral

Rapport 2022:4

FoUUI-centrum Skaraborg

Rapport 2022:4

FoU i VGR: [Handläggningen av patienter med makroskopisk ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik
FoUII-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Sofia Dalemo, med. dr, specialist i allmänmedicin
FoU primärvård, FoU-centrum Skaraborg
Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Lidköping

Sammanfattning

Bakgrund

I Sverige drabbas cirka 2 800 individer av urinblåsecancer varje år, 700 dör årligen till följd av urinblåsecancer. Tre av fyra patienter med urinblåsecancer har synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri) som debutsymtom. Makroskopisk hematuri ska alltid betraktas som ett allvarligt symtom, därför ska patienter 50 år och äldre utredas enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) via urologkliniken. Regionalt cancercentrum har som mål att minst 70% av patienterna med makroskopisk hematuri ska remitteras enligt SVF till urologen.

Metod

Studien är retrospektiv journalstudie. Samtliga patienter 50 år och äldre med makroskopisk hematuri vid Närhälsan Guldvingen vårdcentral under tidsperioden januari 2018 till och med januari 2020 identifierades med hjälp av Medrave 4. Journalgranskning skedde via journalsystemet AsynjaVisph.

Resultat

Totalt ingick 98 patienter med makroskopisk hematuri i studien, 54 män och 44 kvinnor, med en medelålder på 71 år. Vilket ger en incidens på 0,24 procent. Antal patienter som remitterades enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) var 60 patienter, 62%. Av 16 patienter som fick en cancer diagnostiserad hade 10 patienter cancer i urinblåsan och sex patienter cancer i prostatan. Omkring hälften av de som remitterades till urologen fick sin diagnos inom 22 dagar.

Konklusion

De 98 patienter som identifierades på Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri ger en lägre incidens jämfört med andra befolkningsstudier. Möjliga orsaker till detta kan vara att patienter sökt vård direkt på sjukhuset. Vårdcentralen når inte riktigt upp till regionalt cancercentrums mål att remittera 70% av patienter med makroskopisk hematuri enligt SVF. Målet skulle kunna uppnås genom att fler patienter med hematuri träffar läkare

Nyckelord

Primärvård, hematuri, standardiserade vårdförlopp, urinblåsecancer

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Orsaker	1
Utredning.....	1
Urinblåsecancer.....	1
Behandling urinblåsecancer.....	2
Syfte	2
Frågeställningar	2
Metod	3
Studiedesign	3
Urval	3
Datainsamling och analys.....	3
Etiska överväganden.....	3
Resultat	4
Diskussion.....	8
Resultatdiskussion.....	8
Metoddiskussion	9
Slutsats	9
Referenslista.....	10

Bilaga 1 Studieprotokoll

Bakgrund

Makroskopisk hematuri är synligt blod i urinen, det räcker med bara en milliliter blod per liter urin (1). Den bakomliggande orsaken hos barn är ofta njursjukdomen, men hos personer 50 år och äldre, är det viktigt att utesluta cancer. Prevalensen av makroskopisk hematuri i primärvården varierar mellan 250 och 500 fall per 100 000 invånare (2, 3). Av patienter med makroskopisk hematuri får 25 till 30 procent en cancerdiagnos inom tre år (4).

Orsaker

De vanligaste underliggande tillstånden vid makroskopisk hematuri är godartad urologisk sjukdom, som urinvägsinfektion, sten i urinvägarna, medan olika skador som buk och ryggskador är mer sällsynta. Prostata sjukdom och urinvägscancer är den bakomliggande orsaken hos mellan 20 och 30 procent, medan man hos 30 procent inte hittar någon bakomliggande orsak till hematurin (5,6). Risken för att makroskopisk hematuri beror på cancer ökar med stigande ålder. Därför ska en remiss skickas till urologen för vidare utredning på alla patienter med makroskopisk hematuri som är äldre än 50 år enligt SVF (7). En svensk studie visar att den vanligaste maligna diagnosen vid makroskopisk hematuri är urinblåsecancer i 27 procent av fallen, nio procent hade andra maligniteter såsom njurcancer, tumör i njurbäcken, uretär eller prostatacancer (8). Behandling med blodförtunnande läkemedel kan vara orsak till makroskopisk hematuri. Den bakomliggande blödningskällan kan vara en nyupptäckt malignitet i urinvägssystemet, så en snar urologisk utredning bör initieras. Det finns även andra orsaker till hematuri förutom urinvägarna, som mensblod som blandas med urinen eller intag av rödbetor som kan färga urinen.

Utredning

Makroskopisk hematuri ska alltid betraktas som ett allvarligt symptom, därför ska en utredning alltid göras. Om blod upptäcks i urinen hos personer som är 50 år och äldre skickas remiss direkt enligt SVF för vidare undersökning till urologen (7,8). Vid upprepad makroskopisk hematuri under de första 12 månaderna efter tidigare normal SVF-utredning, skickas en vanlig remiss till urologen för bedömning om eventuell ny utredning, men efter ett år från tidigare utredningen skickar man ny remiss enligt SVF (7,8). Då görs ofta en undersökning av urinvägarna genom datortomografi samt cystoskopi (9,10).

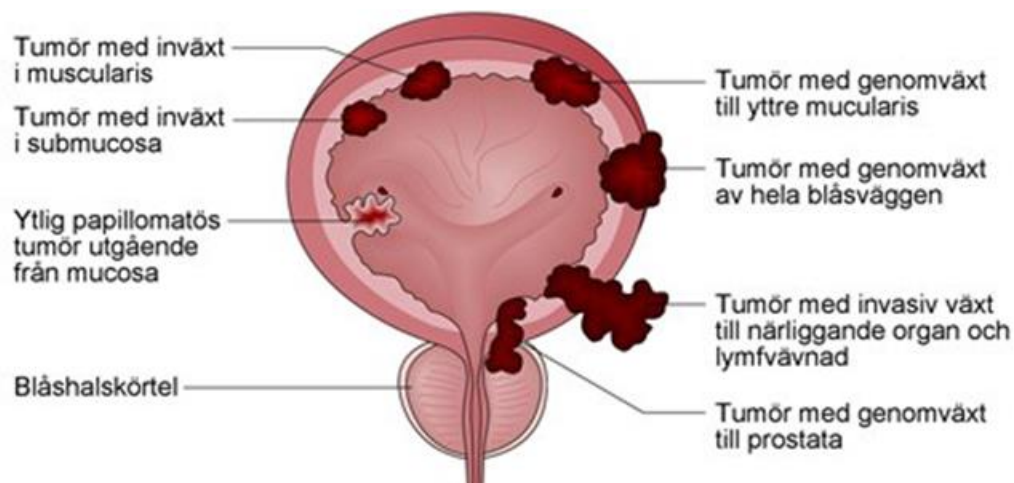
Urinblåsecancer

Den vanligaste cancerformen vid makroskopisk hematuri är urinblåsecancer. I Sverige diagnostiseras cirka 2 800 fall av urinblåsecancer per år med en medianålder på 73 år, 75 procent av patienterna är män. Varje år dör 700 individer till följd av urinblåsecancersjukdom (11). Bland patienter som diagnostiseras med urinblåsecancer har cirka en tredjedel rökt, och risken ökar ju mer man röker (12,13). Urinblåsecancer är också vanligare hos personer som har varit utsatta för vissa kemiska ämnen, speciellt utsatta är de som arbetat inom kol-, metall-färg- och gummiindustri samt frisörer, målare och brandmän. Cancerbehandling med strålning mot bäckenområdet är en annan faktor som kan öka risken att få urinblåsecancer.

Behandling urinblåsecancer

Behandlingen av urinblåsecancer beror på tumörens spridning, patientens hälsa och egna önskemål, (figur 1). Behandlingsmöjligheterna är många (14), primär behandling av nyupptäckt blåstumör är transuretral resektion (TURB). Vid muskelinvasiv urinblåsecancer är standardbehandlingen radikal cystektomi som föregås av cytostatikabehandling (15).

Personer med yttlig urinblåsecancer har en fem-årsöverlevnad på 80 procent. Tyvärr finns risk för recidiv, därför behövs regelbunden uppföljning (16). Syftet med SVF är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödiga väntetider (17).



Figur 1. Olika utbredning av urinblåsecancer ©Birgitte Lerche Barlach 2012"

Syfte

Att kartlägga handläggningen av patienter 50 år och äldre som sökte Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri.

Frågeställningar

- Hur många patienter sökte Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri?
- Hur var fördelningen kvinnor och män?
- Hur många patienter med makroskopisk hematuri hade blodförtunnande medicin?
- Hur många patienter med makroskopisk hematuri remitterades till urologen enligt SVF?
- Hur lång tid tog det för patienter med makroskopisk hematuri att få diagnos, efter första besöket till Närhälsan Guldvingen vårdcentral?
- Hur många patienter med makroskopisk hematuri fick diagnoserna urinblåsecancer, prostatacancer, njurcancer eller godartade sjukdomar?

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en verksamhetsuppföljning på Närhälsan Guldvingen vårdcentralen i Lidköping, med hjälp av retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen Asynja Visph.

Urval

Urvalet utgjordes av patienter, kvinnor och män, 50 år och äldre som sökte Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri, enligt ICD- 10 diagnoser (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), R31.9 Ospecificerad hematuri, N02.8 Recidiverande och bestående hematuri, N02.9 Recidiverande och bestående hematuri, N02.2 recidiverande och bestående hematuri, under perioden första januari 2018 till och med tredje första januari 2020. Närhälsan Guldvingen vårdcentral är en stor vårdcentral i Lidköping som har 14 000 listade patienter.

Datainsamling och analys

Journaler hämtades från journalsystemet AsynjaVisph. Patienter med de aktuella diagnoserna under den aktuella tidsperioden söktes fram med hjälp av utdataverktyget Medrave 4. Data som hämtades vid journalgenomgången inkluderade kön, ålder, ärftlighet, rökning, alkoholvanor, laboratorieprover, behandling, vanliga remisser till urologen, SVF remisser till urologen, diagnoser efter utredningen, se bilaga 1.

Etiska överväganden

Projektet var ett lokalt kvalitetsarbete vid Närhälsan Guldvingen vårdcentral. Verksamhetschefen har gett sitt samtycke till journalåtkomst. Etiska risker med projektet var i första hand integritetskränkning av patienter och vårdgivare. All data kodades efter att den plockades ut ur journalen. Dessutom redovisas resultatet endast på gruppnivå och risken för integritetskränkning anses vara minimal för patienter, någon etisk prövning ansågs därför inte vara nödvändig. Kollegorna på Närhälsan Guldvingen vårdcentral kunde dock känna sig granskade och läkargruppen har därför informerats om studien.

Resultat

Totalt identifierades 98 patienter som sökte med makroskopisk hematuri på Närhälsan Guldvingen vårdcentral i Lidköping under tidsperiod första januari 2018 tom tredje första januari 2020 efter att dubbletter tagits bort. Av dessa 98 patienter var 54 män och 44 kvinnor, se tabell 1.

Tabell 1. Journalgranskning av patienter 50 år och äldre med makroskopisk hematuri på Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

	Män		Kvinnor		Totalt				
	antal	%	antal	%	antal	%			
Antal	54	55	44	45	98	100			
Medelålder	73		68		71				
Anamnes	Ja	Okänt	Ja	Okänt	Ja	Okänt			
Rökare ¹	28	7	59	23	5	58	51	12	59
Ärftlighet ²	8	41	61	2	34	20	10	75	44
Mediciner ³	42		77	32		72	74		75
Blodförtunnande	28		51	8		18	36		37
Viktnedgång	5	39	33	3	26	17	8	65	24
LUTS besvär ⁴	31		57	21		47	52		54
Andra urinbesvär	17		31	23		52	40		41
Laboratorieprover									
Urin Erythrocyter ⁵	41		75	40		90	81		83
Sänka	4		7	6		13	10		10
Blodstatus	13		24	11		25	24		25
Kreatinin	17		31	12		27	29		30
PSA ⁶	14		26				14		14
Behandling									
Antibiotika vårdcentral	14		26	23		52	37		38
Remiss									
SVF remiss urologen	32		59	28		65	60		61
Vanlig remiss urologen	7		13	1		2	8		8
Bifogat Kreatinin	15		28	12		27	27		28
Diagnos									
Prostatacancer ⁷	6		11				6		6
Urinblåsecancer ⁷	7		13	3		6	10		10
Godartad diagnos	41		78	41		95	82		83
Ingen diagnos	16		30	13		30	29		31
Behandling									
Operation	8	2	15	3		7	11	2	12

* Procent i förhållande till hur många det finns uppgifter

¹ Nuvarande och tidigare rökare

² Hereditet kring urinblåsa-prostatacancer

³ Kronisk behandling

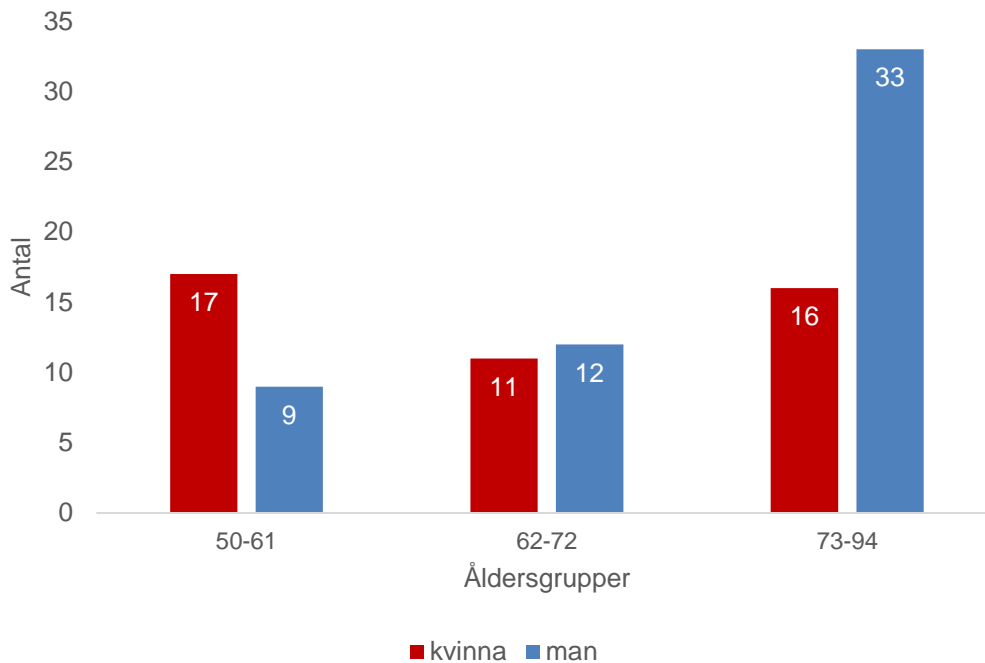
⁴ Lower urinary tract symptoms

⁵ Positiva Erythrocyter

⁶ Prostataspecifik antigen

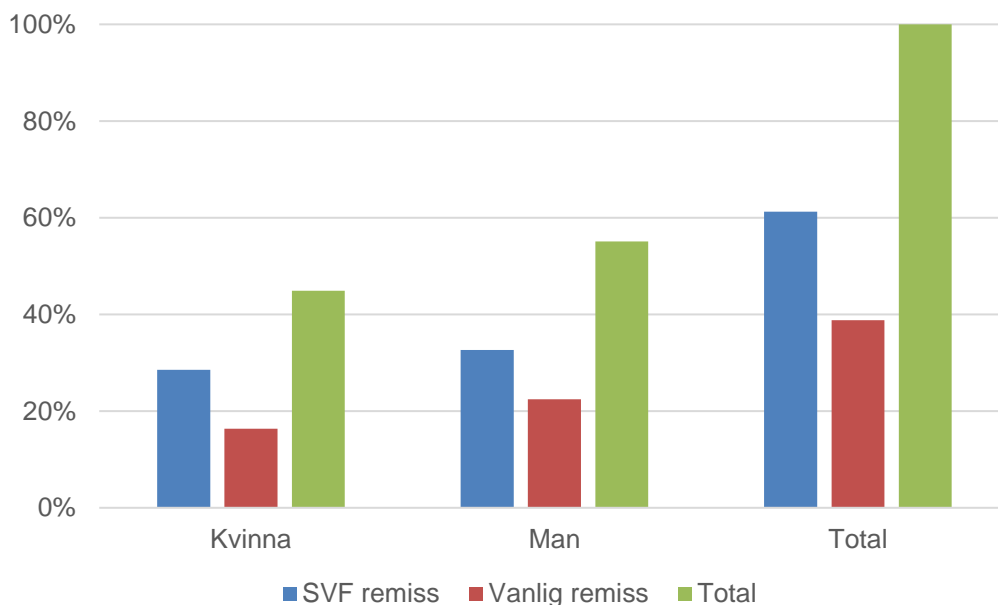
⁷ En patient med urinblåsa- och prostatacancer samtidigt

Cirka en tredjedel av männen som sökte med makroskopisk hematuri var under 73–94 år, och knappt en femtedel av kvinnorna med makroskopisk hematuri var i åldern 50–60 år, figur 2.



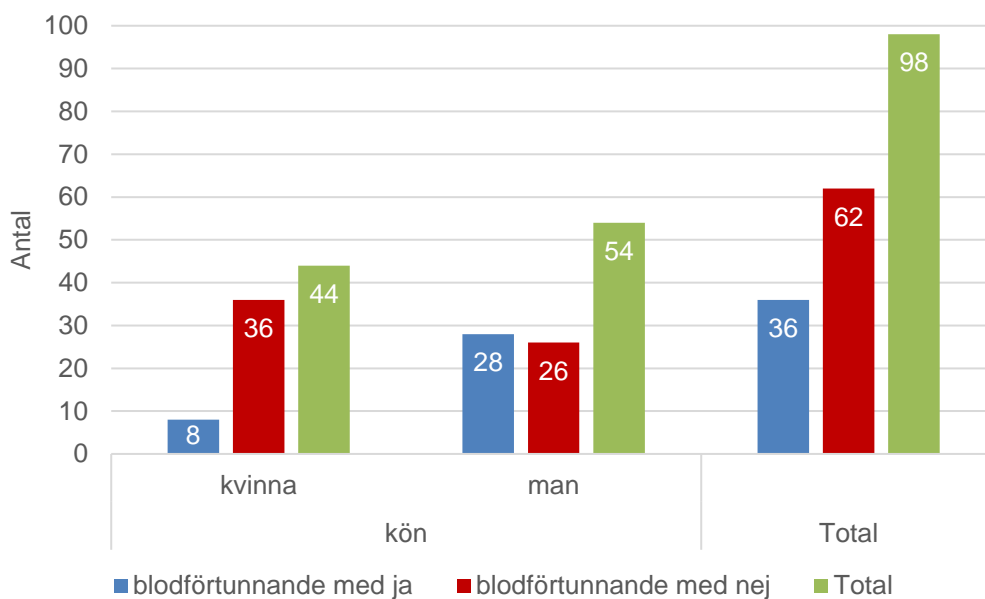
Figur 2. Åldersfördelning av patienter 50 år och äldre med makroskopisk hematuri som sökte Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

I denna studie hittade vi 60 patienter som sökte med makroskopisk hematuri skickades till urologen för utredning enligt standardiserat vårdförlopp remiss, och åtta patienter med vanlig remiss, se figur 3.



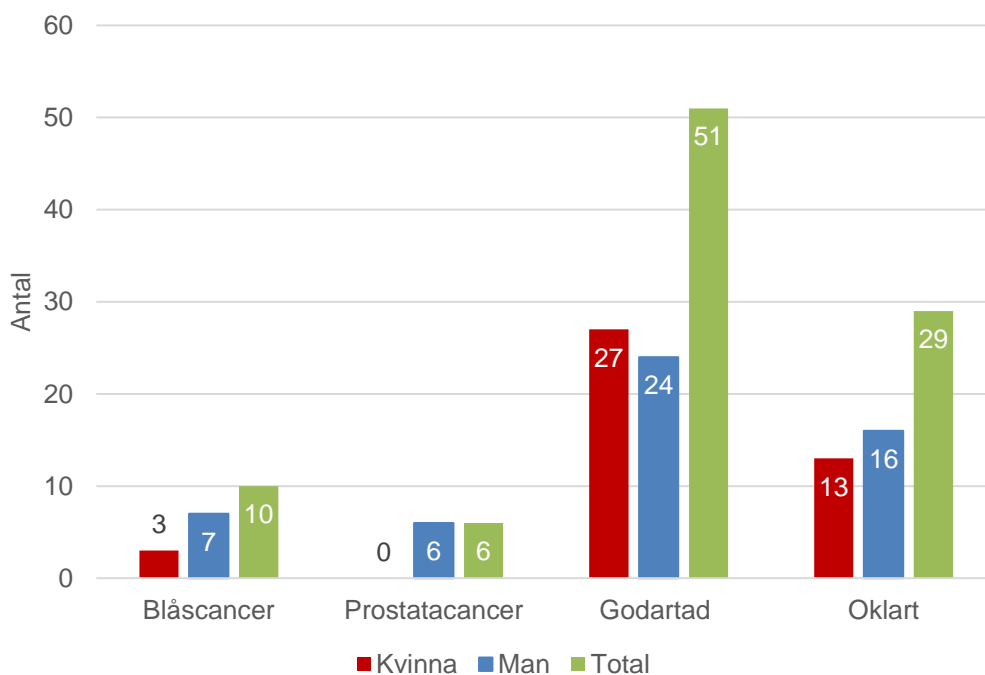
Figur 3. Uppdelning av remisser till urologen som vanliga och enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) av patienter med makroskopisk hematuri Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

Av alla patienter som sökte med makroskopisk hematuri var 36 % som har använt blodförtunnande mediciner, se figur 4.



Figur 4. Antal patienter med makroskopisk hematuri och blodförtunnande behandling vid Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

I studien var det sju män och tre kvinnor som fick urinblåsecancer, sex män diagnosticerades med prostatacancer. Majoriteten av patienterna hade godartade orsaker till den makroskopiska hematurin, figur 5.



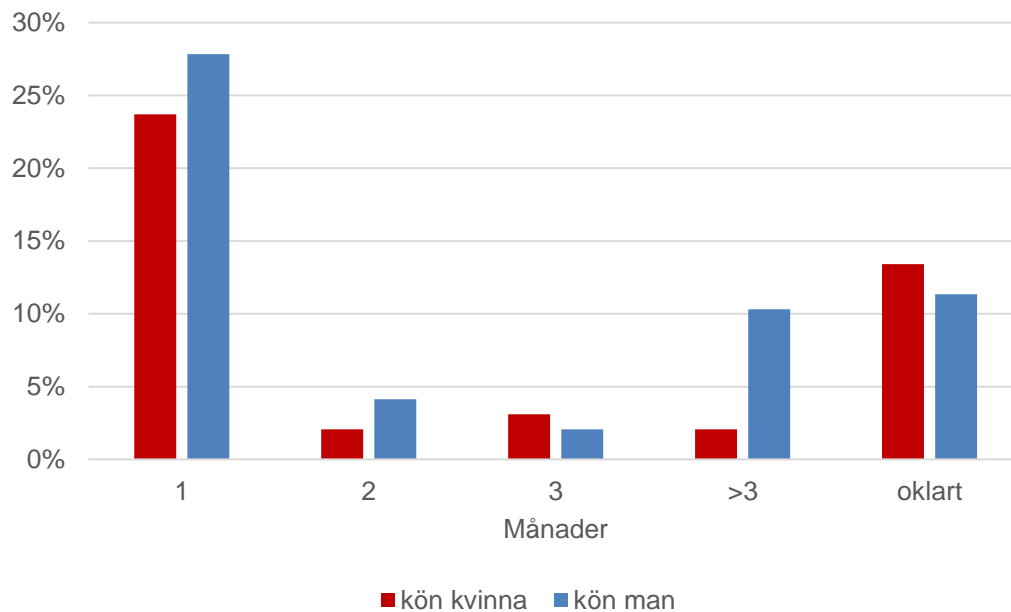
Figur 5. Diagnoser hos patienterna med makroskopisk hematuri uppdelat på blåscancer, prostatacancer, godartad sjukdom samt oklar diagnos.

Tabell 2. Journaluppgifter på patienterna med makroskopisk hematuri som erhöll cancerdiagnoser Närhälsan Guldvingen vårdcentral.

	Urinblåsecancer	Prostatacancer	Totalt
Antal	10	6	16
Medelålder	74	77	75
Rökning nu eller tidigare	5	3	8
Ärftlighet ja	3	3	6
Blodförtunnande ja	2	4	6
SVF remiss ja	7	4	11

Denna studie visar att medelåldern är 75 år på alla patienter som fick cancerdiagnos, hälften av patienterna var eller hade varit rökare, tabell 2.

Omkring 50 procent av patienterna som remitterades till urologen enligt SVF för utredning har fått diagnos inom en månad efter första kontakten med vårdcentralen, figur 6.



Figur 6. Väntetid för patienterna med makroskopisk hematuri från de sökte på vårdcentralen till att fick diagnos.

Diskussion

Resultatdiskussion

Makroskopisk hematuri

I denna studie identifierades 98 patienter 50 år och äldre som sökte Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri under tidsperioden från januari 2018 till januari 2020. Detta ger en incidens på 0,24 procent, eftersom det var cirka 14 000 år listade patienter på Närhälsan Guldvingen vårdcentral. Incidens ligger lägre än en studie från primärvården i Storbritannien med 250–500 fall per 100 000 invånare (1). Tänkbara orsaker till den lägre siffran i denna studie kan vara att patienter med makroskopisk hematuri sökt på andra ställen som jourcentraler, privata kliniker, akutmottagning på sjukhus eller direkt till urologmottagningen. Resultaten i denna studie där 17% av alla patienter med makroskopisk hematuri fått cancerdiagnos, och 11% urinblåsecancer, är i överensstämmelse med både en utländsk (1) och en svensk studie (6). Enligt regionalt cancercentrum är vanligaste cancerformen vid makroskopisk hematuri i Sverige urinblåsecancer, därefter prostatacancer, vilket stämmer med denna studie (7,8).

Urinblåsecancer

I denna studie fick 10 patienter med makroskopisk hematuri urinblåsecancer, sju män och tre kvinnor. Denna risk för urinblåsecancer på 0,024 procent är jämförbar med risken i hela Sverige där årligen cirka 2 800 personer får urinblåsecancer, vilket ger en incidens på 0,027 procent (6). Könsfördelningen stämmer även med siffror från hela Sverige där 73 procent män (7).

Man beräknar att 50–65 procent av män med urinblåsecancer är rökare (12). Hos kvinnor med urinblåsecancer är allt fler rökare, cirka 50 procent (13), vilket stämmer med denna studie där 50% av patienter med urinblåsecancer röker eller har varit rökare.

Blodförtunnande

Denna studie visar att sex av tio patienter som har fått urinblåsecancerdiagnos haft blodförtunnande behandling, vilket ligger något högre än andra äldre studier där en av fyra patienter med makroskopisk hematuri har blodförtunnande mediciner (18,19). Att fler patienter nu behandlas med de mer lättillgängliga blodförtunnande mediciner som Eliquis kan vara en bakomliggande orsak till det.

SVF remiss

Studien visar att 61% av patienterna som sökte med makroskopisk hematuri remitterades enligt SVF till urologen för utredning, vilket är något lägre än regionalt cancercentrums mål på 70%. Värdet är i nivå med andra vårdcentraler i Västra Götalandsregionen där 63% av alla urinblåsecancer utretts enligt SVF (8). Fler patienter kan förhoppningsvis remitteras om de får komma på ett läkarbesök när de hör av sig till vårdcentralen. Vid tiden för studien bokades patienterna med makroskopisk hematuri ofta på vårdcentralens jourmottagning när läkarna har kort tid avsatt för besöken.

Målvärde för tiden från utfärdande av standardiserat vårdförlopp remiss till urolog till diagnos är 14 dagar för 80 % av patienterna (8), vilket överens stämmer med

denna studie som visar att hela 90% av patienterna fått urinblåsecancerdiagnos inom 14 dagar. Enligt riktlinjer ska svar på kreatininanalys bifogas remissen till urologen för att patienten kan kunna genomföra datortomografi av urinvägarna snabbare. I denna studie var det bifogat 28% av remisserna På Närhälsan Guldvingen har patienter med urinbesvär och makroskopisk hematuri för det mesta kontakt med en sjuksköterska på jourmottagning, som i sin tur konsulterar en läkare för förskrivning av recept eller remiss. Troligen bidrar det till att ofullständig anamnes tas och dokumenteras, samt att det missas både att skicka SVF remisser samt bifoga analys av p-kreatinin samtidigt med remissen

För att förbättra handläggning av patienter med makroskopisk hematuri är det viktigt att patienter får läkarkontakt både för att få bra anamnes samt att remissen skickas till urologen enligt SVF. Att återkommande diskutera de regionala medicinska riktlinjerna på läkar- och sjuksköterskemöten är viktigt för att ständigt uppdatera den medicinska kunskapen (20). Syftet med SVF är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödiga väntetider.

Metoddiskussion

Studien var retrospektiv vilket är en fördel då den speglar verkligheten, och kräver mindre resurser då färdiga utredningar registreras. Studien kan användas för att förbättra handläggningen av dessa patienter på Närhälsan Guldvingen vårdcentralen. Annan fördel är att studien undersökte en längre period på tre år då antalet patienter som söker vårdcentralen kan variera något från år till år.

En svaghet med studie är att det troligen finns patienter som sökte med makroskopisk hematuri samt andra urinbesvär och att vårdpersonalen då inte registrerade diagnoskoden hematuri, som var den som användes för att plocka fram patienterna till studien. Vi kan därför missat att få med patienter i studien. Ytterligare en annan svaghet är att patienter listade på Närhälsan Guldvingen vårdcentral kan ha sökt andra vårdinrättningar till exempel jourmottagning eller akutmottagning och därför inte inkluderats i studien. Slutligen är det en brist att vi endast har studerat en vårdcentral, därför kan inte resultaten ses som representativt för hela befolkningen och det är svårt att veta hur fungerar på andra vårdcentraler.

Slutsats

De 98 patienter som identifierades på Närhälsan Guldvingen vårdcentral med makroskopisk hematuri ger en lägre incidens jämfört med andra studier. Möjliga orsaker till detta kan vara att patienter sökt vård direkt på sjukhuset.

I denna studie remitterades, 61 procent, av patienterna med makroskopisk hematuri enligt SVF, vilket är i nivå med andra vårdcentraler i Västra Götalandsregionen, men under regionalt cancercentrums mål på 70%. Om fler patienter fick träffa läkare på jourmottagningen skulle troligen fler remitteras enligt SVF och remisserna skulle förbättras.

Referenslista

1. Jimbo M. Evaluation and management of hematuria. *Prim Care* 2010; 37: 461-72
2. Jones R, Latinovic R, Chalton J, Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ*. 2007; 334:1040
3. Bruyninckx R, Buntinex F, Aertgeerts B, Van Casteren V. The diagnostic value of macroscopic hematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *Br J Gen Pract*. 2003; 53:31–35
4. Malmström P-U. Blod i urin - allt är en fråga om mängd. *Läkartidningen* 2016,113: DX9X
5. Malmström P-U. Hematuri hos vuxna. Damber J-E, Pecker R. *Urologi Lund Studentlitteratur*. 2006. Sidan 302–10
6. Liedberg F, Holmäng S, Hosseini A, et al. Snabba åtgärder vid makrohematuri både angelägen och möjliga. *Läkartidningen*.2012;109 1034-5
7. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland. 2016 Liedberg F. Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare, och urinrör. URL: https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvagor/urinblase-och-urinrorscancer/vardprogram/regvpurinblasa_2016-03-01.pdf [Åtkomst mars2021]
8. Regionalt cancercentrum Väst. Brändström H, Agder C. 2021. Statistik om standardiserade vårdförlopp. URL: <https://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/> [Åtkomst mars 2021]
9. Netdoktor pro. Wagenius M. 2010. Makroskopisk hematuri. URL: <https://www.netdoktorpro.se/urologi/medicinska-oversikter/makroskopisk-hematurimakrohematuri/> [Åtkomst maj 2021]
10. Peterson LM, Reed HS. Hematuria. *Prim Care*. 2019; 46:265-273
11. Mayo clinic. Mark D, Tyson, 2019. Bladdercancer. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bladder-cancer/symptoms-causes/syc-20356104>. [Åtkomst april 2021].
12. Cumberbatch MG, Rota M, Catto JW, La Vecchia C. The Role of Tobacco Smoke in Bladder and Kidney Carcinogenesis: A Comparison of Exposures and Meta-analysis of Incidence and Mortality Risks. *Eur Urol*. 2016 Sep; 70:458–66
13. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abent CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA* 2011; 306:737-745
14. Burger M, van der Aa MN, van Oers JM, Brinkmann A, van der Kwast TH, Steyerberg EC, Stoehr R, Kirkels WJ, Denzinger S, Wild PJ, Wieland WF, Hofstaedter F, Hartmann A, Zwarthoff EC. Prediction of progression of non-muscle-invasive bladder cancer by WHO 1973 and 2004 grading and by FGFR3 mutation status: a prospective study. *Eur Urol*. 2008 54:835–43

15. Sylvester RJ, Oosterlinck W, Van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage TaT1 bladder cancer: a metaanalysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004; 171:2186–2190
16. Hollenbeck BK, Dunn RL, Ye Z, et al. Delays in diagnosis and bladder cancer mortality. *Cancer*. 2010; 116:5235–524
17. Liedberg F, Gerdtham U, Gralén K, et al. Fast-track access to urologic care for patients with macroscopic haematuria is efficient and cost-effective: results from a prospective intervention study. *Br J Cancer*. 2016; 115:770–5
18. Avidor Y, Nadu A, Matzkin H. Clinical significance of gross hematuria and its evaluation in patients receiving anticoagulant and aspirin treatment. *Urology*. 2000; 55:22–24
19. Culclasure TF, Bray VJ, Hasbargen JA. The significance of hematuria in the anticoagulated patient. *Arch Intern Med*. 1994; 154:649–652
20. Sing RI, Singal RK. What is significant hematuria for the primary care physician? *Can J Urol*; 23089346: 2012

Studieprotokoll

Patient id (löpnnummer).....

Ålder.....

Kön Kvinna=1 Man=2

Anamnes

Rökning Ja=1 Nej=2 Tidigare=3 Okänt=4

Ärftlighet
blås-, njur- och prostatacancer Ja=1 Nej=2 Okänt=3

Andra sjukdomar Ja=1 Nej=2

Mediciner Ja=1 Nej=2

Viktnedgång Ja=1 Nej=2

LUTS besvär Ja=1 Nej=2

Andra urinbesvär Ja=1 Nej=2

Blodförtunnande mediciner Ja=1 Nej=2

Laboratorieprover

Urinprov Erythrocyter Positivt=1 Negativt=2

Urinodling Ja=1 Nej=2

Sänka Ja=1 Nej=2

CRP Ja=1 Nej=2

Blodstatus Ja=1 Nej=2

Kreatinin Ja=1 Nej=2

PSA Ja=1 Nej=2 Ej aktuell=3

Antibiotika på vårdcentral Ja=1 Nej=2

Remiss

SVF remiss urologen Ja=1 Nej=2

Bifogat kreatinen-prov Ja=1 Nej=2

Vanlig remiss Ja=1 Nej=2

Diagnos

1. Urinblåsecancer
2. Prostatacancer
3. Njurcancer
4. Godartad diagnos
5. Oklart

Behandling

Operation Ja=1 Nej=2 Okänt=3



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg