

Checklista äggstockscancer för patienter som utreds enl standardiserat vårdförlopp (SVF) vid välgrundad misstanke om äggstockscancer

PAL tumörteamet: _____

Kontaktsköterska
Gynnamottagningen: _____

Utfört

Datum/sign

Ej aktuellt

Utredningsblock A

Ca 125, CEA, Ca 19,9, blod-, el- och leverstatus

Remiss DT buk/thorax alt MR el PET vid kon-
trast allergi (remiss märkt SVF)

Meddela SVF-koordinator om SVF-start.
Dikteras + noteras på besökslista alt tfn 314 72
el 314 44.

Utredningsblock B

Anamnes och gynekologisk anamnes/
undersökning/ultraljud/per rektum

- EKG
- Ev anestesibedömning
- Ev medicinkonsult
- Ev kardiologkonsult

Utredningsblock C

Ascites: Laparocentes med cytologi (remiss märkt
SVF)

Pleuravätska: Pleuratappning med cytologi
(remiss märkt SVF)

Förstorade lymfkörtlar el annan spridning.
Vävnadsprov med PAD (remiss märkt SVF)

	Utfört Datum/sign	Ej aktuellt
• Ev koloskopi	_____	<input type="checkbox"/>
• Ev gastroskopi	_____	<input type="checkbox"/>
•	_____	<input type="checkbox"/>
•	_____	<input type="checkbox"/>
Tfn-kontakt op-koordinator KK, SU, 031-342 21 49 alt läkare kontakta Gynna för resp tfn-nr	_____	<input type="checkbox"/>
Remiss för MDK, faxas till KK, SU, faxnr 031-41 87 17	_____	
Preliminär Orbitanmälan	_____	
Ställningstagande till Port´a Cath-inläggning	_____	<input type="checkbox"/>
Ställningstagande till Fragminbehandling i väntan på op el neoadjuvant cytostatika	_____	<input type="checkbox"/>
Kvinna yngre än 40 år: AFP, beta-HCG, inhibin, AMH, ev serumprov för frysning	_____	<input type="checkbox"/>
Utredningsblock D		
Beslut MDK	_____	
Planerad behandlingsstart (operation el neoadjuvant cytostatika)	_____	
Meddela SVF-koordinator om SVF slut	_____	
Anmälan i INCA (kvar i inkorg till definitiv diagnos)	_____	
Remiss iohexolclearens (remiss märkt SVF)	_____	
Informationssamtal kontaktsjuksköterska		
Patientpärm lämnad (perukremiss, intyg sjukreseenhet- en, kontaktuppgifter Gynna och kurator, öppen retur m m)	_____	
Nutritionsbehandling	_____	<input type="checkbox"/>
Pneumockockvaccin (läkarordination)	_____	<input type="checkbox"/>