

Gäller **PAD** och **allmän cytologi**
(inte cervixcytologi)

Inrapporteringsuppgifter

Personnr och namn: _____

Inrapporterande enhet: ☐ Skövde ☐ Lidköping

Ansvarig läkare: _____

Provtagningsdatum för första PAD/cyt som ger patologisk diagnos: _____

☐ Patienten ingår i SVF, avslutat datum _____

Diagnos

Tumörens lokalisation anges så specificerat som möjligt: _____

ICD-10 kod: _____

FIGO-stadium: _____

Diagnosgrund: ☐ Provexcision eller operation med histopatologisk undersökning

☐ Cytologisk undersökning (gäller ej cervixcytologi)

Morfologi

Morfologisk diagnos: _____

Diagnostiserande patologi-/cytologienhet: _____

Preparatnummer: _____

Preparatår: _____

☐ Första recidiv Datum: _____

Avdelningssekreterare tillhanda för registrering tack!