VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Datum: .....

Strålanmälan

Återställ Frm | Skriv Ut

RÖDA FÄLT SKALL FYLLAS I !

Personnummer, namn, adress, mobilnummer:

Klinik, anmälande läkare, telefonnummer:

Diagnos:	Grunddiag (ICD10):	Beh.diag (ICD10):	Operationsdatum / vecka **Ej aktuellt** ☐
PAD:	TNM:	Stadium:	Sista cyt: datum alt vecka **Ej aktuellt** ☐

Prioritet: ☐ **Akut**

Behandlingsintention: ☐ Kurativ ☐ Palliativ

Kombinationsbehandling: ☐ Brachy ☐ Kemo ☐ Guldmarkör

☐ Narkos

Tolk: ☐ Ja Språk .....

Resa / boende under behandlingen. Flera alternativ kan väljas **Ej aktuellt** ☐

☐ Sjukresa ☐ Patienthotell ☐ Slutenvårdsplats Avd..... Kontaktuppgifter avd.....

Patienten har:

Pacemaker ☐ Nej ☐ Ja

ICD ☐ Nej ☐ Ja

Övrigt implantat / metallföremål ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, vilka:.....

Studie: ☐ Ja, specificera:

Standardiserat Vårdförlopp

SVF ☐

Tidigare strålbehandling:

Nej ☐ Ja ☐ Okänt ☐

Om ja, klinik/år/behandlingsområde: .....

Indikation för strålbehandling:

Preliminär ordination	**dos/ fraktion**	**fraktion/ dag**	**fraktioner/ vecka**	**total dos**
Target:				
Target:				
Target:				

Ankomstdatum:

Version 1.1 2022.01