

Anmälan till terapikonferens och MDK njurcancer

Anmälningsdatum:	Konferensdatum:
------------------	-----------------

Remittent

Anmälande läkare	Kontaktsjuksköterska
Sjukhus	Adress

Patient

Personnummer:	Namn
Adress	Tel nr
Frågeställning	
<i>Anamnes (performancestatus, ECOG, övriga sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdom, immunologiskt eller autoimmunsjukdom, blodförtunnande mediciner, tidigare operationer, njurfunktion (kreatinin). Vid metastaserad och lokalt avancerad sjukdom även eventuella symtom, TPK, Neutrofila, cajoniserat).</i>	

PAD-operation bifogas ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej aktuellt		Om nej, ange varför
Bilddiagnostik Datum	Undersökningstyp	Var är undersökning gjord för bilder som skall demonstreras,
Ingår i SVF	☐ Ja ☐ Nej	

Anmälan skickas i första hand via SDK till **sdm:mott3avd69.onk.su:0203:vgregion.se**, det går även att faxa till **031 - 82 03 87**
Kontaktperson team 3: 031 – 342 76 23