

Doknr. i Barium
12308

Dokumentserie
su/med

Giltigt fr o m
2022-01-13

Version
6

RUTIN

Levermetastaser - CHECKLISTA för inremitterande

Innehållsansvarig: Magnus Rizell, Överläkare, Läkare transplantation (magri2)

Godkänd av: Per Lindnér, Verksamhetschef, Verksamhetsledning (perli10)

Denna rutin gäller för: Transplantationscentrum

Adress för remiss: Leverteamet, Transplantationscentrum,
Bruna stråket 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
Fax: 031-41 97 11
Medicinsk sekreterare: 031-343 99 84
Vårdförloppscoordinator (SVF): 031-342 66 36
Operationscoordinator: 031-342 66 35

Ange i remiss

Personnummer och namn på patient:

Inremitterande enhet och datum:

Namn och direktnummer till remittent:

Utredning led i standardiserat vårdförlopp? Ja/Nej

Syfte remiss: (anmäl MDK, ställningstagande diagnos, konsultation, mottagningsbesök, behandling, 2nd opinion)

Debut av levermetastas; (symtom, surveillance, en passant, datum för påvisande)

Primärtumör: Diagnosdatum, staging, operation/behandling, inklusive cytostatika

Samsjuklighet; ange särskilt diabetes, ev. inklusive ASA

Allmäntillstånd; WHO/ECOG

Läkemedel (ange särskilt Antikoagulantia)

Läkemedelsöverkänslighet

Ev. kontraindikationer för magnetkamera

Blodprov (medsänd kopior)	Datum
Hb, LPK, TPK, PK, CRP	
Bilirubin, ALP, albumin, kreatinin	
CEA	
Bilddiagnostik (DT+ MR vid kurativt syfte, senaste radiologi max 4 veckor)	Datum
DT Thorax (ev. diagnostisk DT thorax i samband med PET)	
DT buk/lever (4 fas)	
MR lever	
PET (t.ex. vid T4 samt annan extrahepatisk spridning)	
Histopatologi/cytologi	
(Undvik biopsi vid kurativt syfte.)	