

Doknr. i Barium
12308

Dokumentserie
su/med

Giltigt fr o m
2019-09-11

Version
5

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) Hb, LPK, TPK, PK, CRP Bilirubin, ALP, albumin, kreatinin CEA	Datum
Bilddiagnostik (DT+ MR vid kurativt syfte, senaste radiologi max 4 veckor) 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)	Datum
Histopatologi/cytologi (Undvik biopsi vid kurativt syfte.)	