

Doknr. i Barium 12309	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2022-01-13	Version 6
RUTIN Misstanke primär malignitet - Checklista remiss, MDK			
Innehållsansvarig: Magnus Rizell, Överläkare, Läkare transplantation (magri2) Godkänd av: Per Lindnér, Verksamhetschef, Verksamhetsledning (perli10) Denna rutin gäller för: Transplantationscentrum			

Konsultläkare leverkirurgi: 031-342 10 00
 Vårdförloppskoordinator: 031-342 66 36
 Medicinsk sekreterare: 031-342 66 37
 Fax Leverteamet Sahlgrenska 031-41 97 11
 Adress för remiss: Leverteamet, Transplantationscentrum, Bruna stråket 5, Sahlgrenska
 Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
OBS! För transplantationsutredning, se www.transplantationscentrum.se
Remiss enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) från primärvård, se www.cancercentrum.se

Anamnes/aktuell sjukdom

Samsjuklighet; ange särskilt diabetes

Allmäntillstånd enligt ECOG/WHO.

Aktuell sjukdom: Debutsätt (symtom, surveillance, en passant), Datum första sjukvårdskontakt

Vid remiss enligt SVF skall patient vara informerad om att det finns välgrundad misstanke om malignitet!

Känd leversjukdom; Cirros? Ascites? Encefalopati?

Alkohol- och droganamnes

Socialt och ev. språkhinder samt **kontaktuppgifter** till patient inklusive mobilnummer

Läkemedel och läkemedelsöverkänslighet ange särskilt Antikoagulantia?

Blodprov (medsänd kopior)

Datum

Blodstatus inklusive diff, Koagulationsstatus (PK, APTT), SR, CRP

Leverstatus inklusive albumin, Elektrolytstatus inklusive kreatinin

Hepatit A, B, C-serologi

CA 19-9, CEA, Alfafetoprotein

B-PETH (vid suspekt primär levercancer)

Bilddiagnostik (både DT och MR vid ECOG <2, samt då kurativ beh planeras)

Datum

Ultraljud lever (ev. kontrast. Obs ultraljud räcker inte för diagnos vid HCC)

DT buk/lever (4 faser: utan kontrast, artärfas, tidig venfas samt senfas efter 3-4 min)

DT Thorax

MR, samt vid gallvägsmalignitet/ikterus även **MRCP**

PET (obligat enbart vid levertransplantation för Klatskintumör)

ERCP med borstcytologi och FISH (vid suspekt gallvägsmalignitet)

Histopatologi/cytologi (i regel efter MDK)

PAD-kopia

Mellannålsbiopsi

Borstcytologi av gallvägar (vid suspekt gallvägsmalignitet)

Datum, inremitterande sjukhus, klinik:

Namn på inremitterande:

Telefonnummer:

Patient:

Personnummer:

