

Patientens navn og cpr.	Indsendes til:
-------------------------	----------------

4. Anamnese

- 4.1. Dato for første symptom _____ Ved ikke
- 4.2. Melanom hos slægtning Ja Nej Ved ikke Flere slægtninge

Hvis ”Ja” udfyldes nedenstående:

Slægtningestatus: Forældre Barn Søskende Morbror Moster Farbror Faste

4.2.1. Navn _____ Fødselsdato: _____

Behandlingssted og -år _____

Ved flere slægtninge kan oplysningerne evt. anføres på side 2.

5. Klinisk objektiv undersøgelse

5.1. Lokalisation af primærtumor (*Sæt kryds på tegningen på bagsiden og angiv region nr.*) _____

5.2. Findes primærtumor Ja Nej

Hvis ”Ja” udfyldes nedenstående

5.2.1. Nodulus i tumor Ja Nej

5.2.2. Satellitter Ja Nej

5.2.3. In-transit metastase Ja Nej

5.2.4. Regression Ja Nej

5.2.5. Største diameter af melanomet i mm _____

5.2.6. Største diameter af nodulus i mm _____

5.2.7. Max diameter af regression i mm _____

5.3. Har patienten dysplastiske nævi Ja Nej

6. Primær diagnostik

6.1. Dato for primær biopsi _____

Excisionsbiopsi

Incisions-/stansbiopsi

Tangentiel afskæring

Curretage

Andet Specificer: _____

7. TNM-klassifikation: se side 4

8. Operationsforhold og kontrol af skema

8.1. Dato for definitiv kirurgisk behandling _____ Vejledning findes i DMG 2003 Kirurgi

8.2. Excisionsafstand 0,5 cm 1 cm 2 cm 4 cm Andet Specificer: _____

8.3. Lukning af defekt Direkte sutur Transplantat, delhud Transplantat, fuldhud

Lap, lokal Lap, fri

8.4. Sentinel lymfeknude diagnostik Ja Nej Der henvises til ”DMG 2003 Sentinel Node procedure vejledning”

8.4.2. Blodprøver til serumbank Ja Nej Dato: _____

Sygehus: _____, Dato: _____

DMG-ansvarlig: _____