# Anmälan till regional videokonferens – njurcancer vecka

Datum: Klicka här för att ange datum.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Remittent** | | | **Patient** | |
| Anmälande läkare |  | | Personnr |  |
| Kontaktsjuksköterska |  | | Namn |  |
| Sjukhus |  | | Adress |  |
|  | | | Tfn |  |
| **Frågeställning** | | | | |
|  | | | | |
| **Bakgrund**  (*sjukdomar, nuvarande sjukdomsförlopp, tidigare operationer, aktuellt status inkl ECOG, läkemedel etc.*) | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ålder: | ECOG: | Samsjuklighet av vikt:  Tidigare bukop:  Kliniskt stadium: | | | Lab: | | | Hb: | Krea: | | eGFR: | Albumin: | | Aktuella läkemedel: | | | | | DT-urografi: | | | Datum: | | DT-torax: | | | Datum: | | | | | |
| **Bifogar journalkopior** | | | | |
| **Patienten godkänner användning av NPÖ och övriga nödvändiga journalhandlingar** | | | | |
| **Demonstration av PAD, PAD-nr:** | | **Demonstration av röntgenbilder, undersökningar:** | | |
| Frågeställning: | | Frågeställning: | | |
| Preparat skickas till: *Patologen,* *Akademiska sjukhuset, 785 81 Uppsala* tillsammans med en kopia av anmälan | | Röntgenutlåtande faxas till:  018-551152 | | |
| Anmälan skickas till verksamhetsområde urologi via faxnr 018-509531  Koordinatorer:  Åsa Nordlund Helene Andreassen  [asa.nordlund@akademiska.se](mailto:asa.nordlund@akademiska.se) helene.andreassen@akademiska.se  018-6115934 018-6115934 | | | | |