

Doknr. i Barium  
12309

Dokumentserie  
su/med

Giltigt fr o m  
2018-06-29

Version  
5

## 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

Vårdförloppscoordinator: 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](http://www.transplantationscentrum.se)

**Remiss enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) från primärvård, se [www.cancercentrum.se](http://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: \_\_\_\_\_

