**Remiss till Regional Gyncancerkonferens**

**MDK GCUÖ dag/vecka**

Datum: Klicka här för att ange datum.

**Akademiska sjukhuset ansvarar för MDK onsdagar kl. 15.00–16.30**. Anmälan ska vara koordinatorn tillhanda senast fredag kl. 10.00 veckan innan för att hinna med att dras på ronden på onsdagen. Gällande fall till ronden är ovarial och högrisk corpus.

**Örebro ansvarar för MDK fredagar kl. 08.45-09.30**. Anmälan ska vara koordinatorn i Örebro tillhanda senast onsdag kl. 12.00 samma vecka. Gällande fall till ronden är alla cervix och högrisk corpus.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Remittent** | | | | **Patient** | |
| Anmälande läkare |  | | | Personnr |  |
| Kontaktsjuksköterska |  | | | Namn |  |
| Sjukhus |  | | | Adress |  |
|  | | | | Tfn |  |
| **Frågeställning** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bakgrund**  (*sjukdomar, nuvarande sjukdomsförlopp, tidigare onkologisk behandling, sexualitet, aktuella läkemedel etc.*) | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bifogar**  Journalkopior  Foto | | | | | |
| ☐ **Närvaro av patolog, radiolog, kirurg/urolog, onkolog, annat:** | | | | | |
| **Demonstration av PAD, PAD-nr:** | | | **Demonstration av röntgenbilder, undersökningar:** | | |
| Frågeställning: | | | Frågeställning: | | |
| **Preparat till UAS** skickas till Patologen, UAS. tillsammans med kopia av anmälan *markera med MDK KK onsdag samt datum*  **Preparat till USÖ** skickas till:  *Patologen, Universitetssjukhuset, 701 85 Örebro*tillsammans med kopia av anmälan  *markera med MDK KK fredag samt datum* | | | **Röntgenutlåtande faxas till:**  019-602 3023 alternativt 018-50 27 30  *Markera om/när op, kvarvarande tumör, erhållen RT/cyt, högriskhistologi samt var/när tid. Utförd radiologi.mm*  Rtg bilder skickas över digitalt | | |
| **Anmälan (onsdag)** skickas till Kvinnokliniken UAS via faxnr: **018-50 27 30** Videono Uppsala: **103158**  **Anmälan (fredag)** skickas till Kvinnokliniken USÖ via faxnr **019-602 16 10**  Videono Örebro: **70111856, PINkode: 4322**  **SVF data:**  Startdatum för SVF: Klicka här för att ange datum.  MDK: Klicka här för att ange datum.  Datum för remiss till annan klinik: Klicka här för att ange datum. | | | | | |
| **Koordinator:**  USÖ/fredag:  Telefax nr: **019-602 16 10**  Telefon nr: 019-602 23 68 | | **Koordinator:**  UAS/onsdag:  Telefax nr: **018-50 27 30**  Telefon nr: 070-611 15 49 | | | |