

LYFO 2 - PRIMÆR BEHANDLINGEN

CPR-nr. _____

Navn: _____

Kemoterapi

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Behandlingsnavn Første behandlingsdato Sidste behandlingsdato Cyclusantal

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Behandlingsnavn Første behandlingsdato Sidste behandlingsdato Cyclusantal

Immunoterapi

Givet analogt med kemoterapi _____ (ja/nej, hvis nej udfyldes datoer & antal)

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Behandlingsnavn Første behandlingsdato Sidste behandlingsdato Cyclusantal

Er der påbegyndt Vedligeholdelsesbehandling _____ (Ja/nej/uvist)

Radioimmunoterapi

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Behandlingsnavn 1. behandlingsdato Dosis (mCi/kg)

Stråleterapi

|_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Kode Startdato totaldosis (gray) Antal fraktioner

0=Involved node 1=Involved field,2=Extended field,3=Total Body Irradiation, 4=Kappefelt, 5=Andet, 6= TBI + involved field

Kirurgi

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Operationstype Operationsdato

Højdosisbehandling med autolog stamcellestøtte

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Konditionerende regime Dato for stamcelleinfusion

Anden Behandling

_____ |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
Angiv anden behandling, fx antibiotika eller steroid
Dette angives kun hvis der ikke er givet anden behl. Dato for start af anden behl.

