

DAHANCA Ukendt Primær
**KONTROL
 UNDER BEHANDLING**

Prægeplade

CPR

_____ - _____

Randomiseringsnr.:

X X >X X X

	UGE 1	UGE 2	UGE 3	UGE 4	UGE 5	afslut	14 dage	2 mdr.
DATO:								
År	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Md	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tumorstatus: N position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1: PD (Progressive disease) (Tumor: >+25%)	1	1	1	1	1	1	1	1
2: NC (No change) (Tumor: -50% - +25%)	2	2	2	2	2	2	2	2
3: PR (Partiel remission) (Tumor: <-50%)	3	3	3	3	3	3	3	3
4: CR (Complete remission)	4	4	4	4	4	4	4	4
9: NE (Not evaluable)	9	9	9	9	9	9	9	9
Status vedr. kontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0: Afsluttet i live	0	0	0	0	0	0	0	0
1: Forsat kontrol på center	1	1	1	1	1	1	1	1
2: Overgår til kontrol andetsteds	2	2	2	2	2	2	2	2
3: Død	3	3	3	3	3	3	3	3

Forsat kontrol på andet center / subcenter m.v.

Vægt kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tobaksforbrug cigaret/pibestop dgl.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HbCO (optional) %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S- Hgb mmol/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S- Albumin mikromol/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>