



Ansökan för datauttag ur regionalt tumörregister

Skickas tillsammans med signerad handling för förbehåll till vidstående adress.

Projektbeskrivning (kortfattad men syfte och hur registerinformationen ska användas ska framgå)

Kräver projektet godkännande av etikprövningsnämnd?

NEJ

JA

Om JA, ska ansökan och godkännande bifogas till beställningen.

Datauppgifter (markera de som önskas)

Adressetiketter

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personnummer | <input type="checkbox"/> Hemort vid diagnos | <input type="checkbox"/> Tumörens lokalisation | <input type="checkbox"/> Histopatologisk diagnos |
| <input type="checkbox"/> Namn | <input type="checkbox"/> Anmälade sjukhus | <input type="checkbox"/> ICD-O/3 | <input type="checkbox"/> ICD-9 |
| <input type="checkbox"/> Aktuell adress | <input type="checkbox"/> Anmälade klinik | <input type="checkbox"/> ICD-O/3 | <input type="checkbox"/> C24.1 |
| <input type="checkbox"/> Dödsdatum | <input type="checkbox"/> Patologi-/cytologiavd | <input type="checkbox"/> ICD-O/2 | <input type="checkbox"/> ICD-7 |
| <input type="checkbox"/> Kön | <input type="checkbox"/> Patologi-/cytologiavd | <input type="checkbox"/> ICD-O/2 | <input type="checkbox"/> ICD-O/2 |
| <input type="checkbox"/> Alder vid diagnos | <input type="checkbox"/> Patologi-/cytologiavd | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Grad av malignitet |
| | <input type="checkbox"/> Patologi-/cytologiavd | <input type="checkbox"/> Tumörens utbredning | <input type="checkbox"/> Preparatnummer inkl. år |
| | <input type="checkbox"/> Patologi-/cytologiavd | | <input type="checkbox"/> Obduktionsfynd |

Avser aggregerade data

Uttaget önskas på CD

Papperslista

Specifikation av urvalskriterier Eventuella frågor kan ställas till ansvariga kontaktpersoner (se www.ocsyd.se).

Diagnosår _____	Klinisk diagnos i klartext _____
Kön _____	Mikroskopisk diagnos i klartext _____
Hemort _____ (län, kommun, församling)	Övrigt (ex. patologiklinik) _____

Beställare

Namn _____ Tel nr: _____

Sjukhus/klinik _____

Adress _____

Postadress _____

e-postadress _____

_____ Nedanstående är endast för Regionala tumörregistrets interna noteringar _____

BESLUT

Anhållan om registerutdrag godkänns:

Datum _____

Underskrift _____

Verksamhetschef
Regionalt tumörregister
Telefon 046 – 177 560

ÄRENDEHANTERING

Darienummer _____

Datauttag _____

- Loggnummer _____

- Ärendekatalog _____

- Utlämnade filer _____

- Expedierat av _____

- Datum _____

Kvitto erhållet/Sign _____