LPR-registreringsvejledning

Dansk Kolorektal Cncer Database (DCCG)

Version: 3.0
Obligatorisk fra 1. Januar 2026
Dato : 09.11.2026

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

DCCG-LPR Registreringsvejledning

Indhold

Dataindsamling 6
Population 6
Eksklusionskriterier 7
Behandling uden primær tumor 7
Patientforløbsregistrering/Data punkter 7
Mangellister & Data-mangellister 8
Mangellister 8
Data mangellister 8
Registrering ved multiple værdier 9
Fjernelse af patienter fra databasen 9
Vestdanmark (Systematic EPJ) 9
Østdanmark (Sundhedsplatformen) 9
Synkrone og Metakrone cancer 9
Helbredsforløb 9
Indberetningspligt 10
Basisinformationer 11
Cancer Anmeldelse (TNM) 11
Lokalisationskode 11
Synkrone tumorer 12
Klinisk T kategori 12
Klinisk N kategori 14
Klinisk M kategori 14
MDT-konference 15
Patient oplysninger 16
Performance Status 16
ASA-klassifikation 17
Alkohol indtag 17
Tobak anvendelse 17

Højde & Vægt 18
Rektum Cancer – Specifikke koder 19
Højde på rektumtumor – bestemt ved rektoskopi 19
Højde på rectumtumor – MR 19
Højde på rectumtumor – ukendt (både MR og rectoskopi) 19
Nedvækst af rectumtumor – MR 19
EMVI rectumtumor – MR 19
Korteste afstand mellem cancervæv og den mesorektale fascie 19
Hjælpesektion for basis informationer 20
Komorbiditets-Registrering 20
Cancer specifikke Procedurer 20
Familieanamnese med kræft i fordøjelsesorganer 20
Registrering ved Kirurgiske Procedurer på kolorektalcancerpatienter 21
Proceduresigte ved det kirurgiske indgreb 21
Prioritet 21
Konvertering 22
Robot assisteret 22
Resektionstype 22
Hjælpesektion for kirurgiske procedurer 23
Kolon resektioner 23
Endetarm resektioner 25
Palliative/Bridge to surgery procedurer 26
Andre procedurer 26
Supplerende resektioner 27
Per-operative supplerende resektioner 27
Supplerende excision/destruktion af patologisk væv 28
Per-operativt fund af metastatisk sygdom 28
Endoskopiske indgreb 29
Intentions kodning 29
Hjælpeliste over endoskopiske procedurer 30
Komplikationsregistrering 31
Komplikationsfrit indgreb 31

Komplikationer der opstår under indlæggelses kontakten/operationen 31
Komplikationer der opstår efter udskrivelse efter primære operation 31
Gradering af komplikationer 31
Clavien-Dindo 32
Hjælpesektion for kirurgiske komplikationer 32
Per-operative komplikationer 33
Postoperative komplikationer 34
Anastomose komplikationer 34
Anastomoselæk 34
Anastomose re-operation 35
Tillægskoder til re-operation for anastomose læk 35
Reoperationer 36
Medicinske komplikationer 37
Kontrol & Recidiv 38
Kontrolundersøgelse – Patient følger ikke kontrolprogram 38
Kontrolundersøgelse – uden recidiv 38
Recidivsituationer 38
Kontrolundersøgelse – Lokal recidiv 38
Kontrolundersøgelse – Fjernrecidiv – ingen lokal recidiv 39
Kontrolundersøgelse – Fjernrecidiv & Lokal recidiv 39
Registrering af fjernrecidiv (LPR-vejledning) 39
Manglende registrering af recidiv status 39
Onkologi 40
Registrering af onkologisk forløb 40
Performance Status 40
Lokalisations angivelse ved stråleterapi 40
Proceduresigte/behandlingsintention 41
Hjælpesektion for Medicinsk Onkologi 42
Antineoplastisk behandling 42
Kombinationsbehandling 42
Enkeltstofbehandling 43
Behandling med Trifluridin ellerTegafur: 43

Hjælpe sektion til Strålebehandlingsprocedure 44
Ablative/kurative hypofraktioneret behandling 44

Dataindsamling

DCCG's database dannes af registrering via indberetninger til LPR samt PATOBANK.

Det kliniske personale anvender registrering i forbindelse med behandling af patienten, der opsamles og struktureres. Databasens population dannes ud fra indberetninger til i LPR og suppleres med oplysninger fra Patobank

Styregruppen for DCCG har i supplement til registreringsvejledningen lavet en interaktiv guide til registrering i databasen. Den interaktive guiden ligger i regi af DMCG'en.

Population

Databasens patientpopulation er afgrænset ved følgende:

- Patienter med førstegangstilfælde og recidiv af cancer i kolon eller rektum, givet ved ICD-10 diagnosekoderne, C180-189 og C209.
- Patienter der er 18 år eller ældre på diagnosetidspunktet.
- Patienter der har bopæl i Danmark og gyldigt dansk cpr-nummer.
- Der er registreret et forløb på en kirurgisk afdeling, eller patienten er behandlet af en kirurgisk afdeling under indlæggelse på anden afdeling på et offentligt sygehus.
- Patienter opdeles baseret på histologisk subtype, eller manglende histologi.
- Patienter med følgende histologiske subtyper opgøres samlet

Histologiske tumortyper:

- Adenokarcinom
- Lavt differentieret adenokarcinom
- Mucinøst adenokarcinom
- Signetringscelle karcinom
- Udifferentieret karcinom
- Medullært karcinom

Patienter der er klinisk diagnosticeret uden histologisk verifikation, eller har anden histologi end ovenfor opgøres i simplificeret form.

Patienter med kræft i blindtarm (DC18.1) opgøres separat i simplificeret form. Der er ikke krav om indberetning af basisinformationer eller andre variabler til DCCG-databasen for patienter med kræft i blindtarmen. Der er heller ikke krav til DCCG-patologi beskrivelse for disse.

Eksklusionskriterier

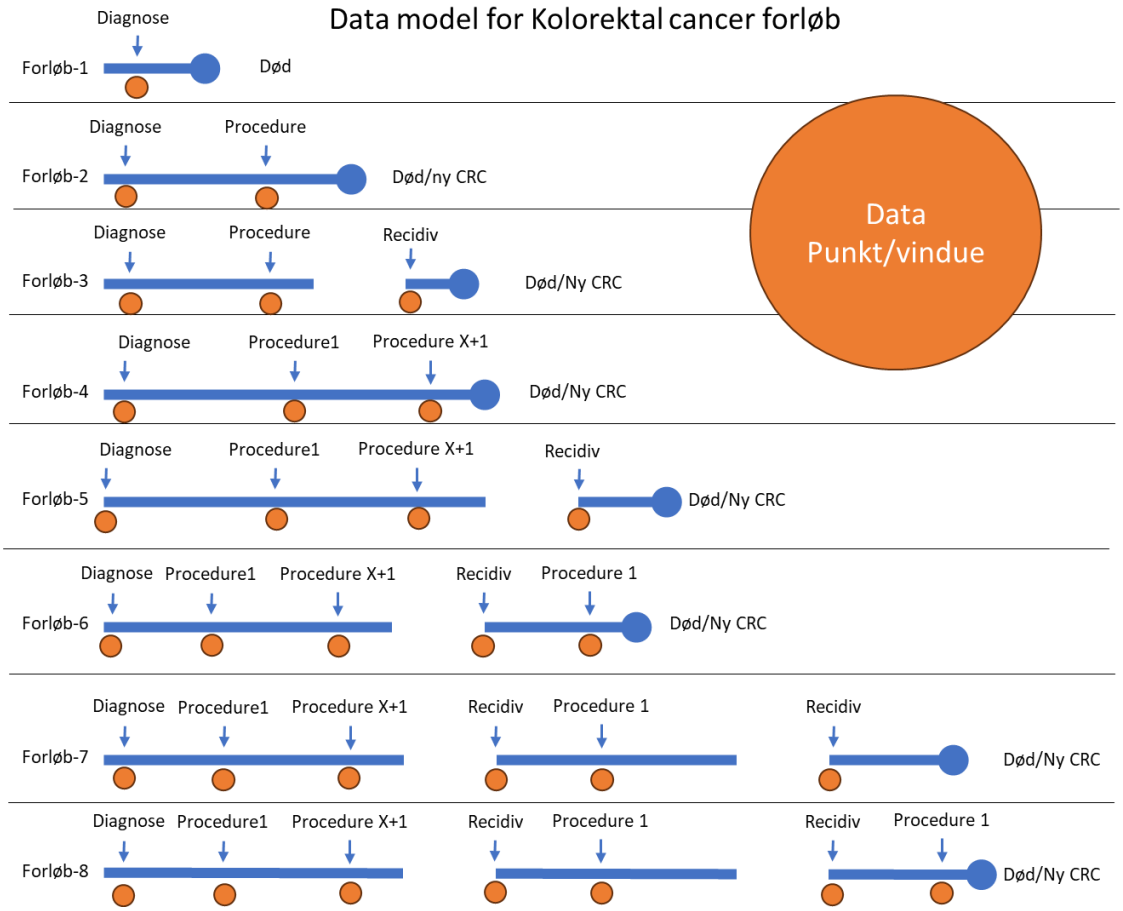
For patienter, hvor DC18.0-9 eller 20.9 er angivet i LPR med forløbsmarkør, AFB12X1 (kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet), eller diagnosetillægskoden, ZDW73 (diagnosen senere afkræftet), ekskluderes. – Se afsnit senere omkring fjernelse af patienter fra LPR.

Behandling uden primær tumor

Patienter med ukendt primær cancer, hvor MDT beslutter at behandle som kolorektalcancer, indgår ikke i databasen, og skal ikke registreres med DC18.0 -> 18.9 eller 20.9. Disse registreres med diagnosekoden DC80.9 (kræft uden kendt primær).

Patientforløbsregistrering/Data punkter

Dansk Kolorektal Cancer Database opsamler viden om hele patientens forløb. Der defineres datapunkter – primært omkring diagnosetidspunktet, ved resektioner/endoskopiske procedure, onkologisk behandling samt kontrol, da disse har kvalitetsmæssig fokus. Nedenstående figur viser forskellige forløb, som en patient med kolorektalcancer kan have, samt de datapunkter, hvor DCCG opsamler data.



Figur 1 Eksempler på forskellige patientforløb for patienter med kolorektalcancer og de tidspunkter i forløbet, hvor Dansk Kolorektal Cancer Database (DCCG) opsamler data. De orange markeringer angiver datapunkter/-vinduer for dataindsamlingen.

Mangellister & Data-mangellister

Mangellister

Der dannes kun mangellister genereret fra patienter, der findes i patobank med kolorektal patologi, hvor der ikke er indberettet cancerdiagnose i LPR.

Data mangellister

For at sikre høj dækningsgrad af databasen produceres data-mangellister. Disse datamangel lister gøres tilgængelige for den indrapporterende afdeling via deres ledelsesinformationssystem.

Listerne baseres på om patienten i forbindelse med en DCCG-procedure har fået tilknyttet en behandlingsintentionskode/proceduresigte. Hvis behandlingsintention er tilknyttet, tolkes resterende ikke-registrerede felter, hvor ”ukendt” ikke er en mulighed, som

verificeret ukendt. Ved manglende behandlingsintention tolkes samtlige ikke-registrerede variabler som ”ikke udfyldt”.

Registrering ved multiple værdier

Hvis der i LPR optræder flere værdier af en variabel, vil databasen som udgangspunkt opfatte den værdi, der for ud for ligger tættest på proceduren, som den behandlingsbestemmende og inkludere denne. Data vil forsat være tilgængelige via LPR såfremt, man senere vil anvende disse til at beskrive detaljer i et patientforløb.

Fjernelse af patienter fra databasen

Vestdanmark (Systematic EPJ)

Der vælges diagnosen i diagnosebilledet, der vælges herefter kontekst menu (Højre klik) og der vælges ”Senere afkræftet”

Østdanmark (Sundhedsplatformen)

Der tilknyttes ”ZDW73” (diagnose senere afkræftet) til diagnosen I diagnoseoverblikket.

Synkrone og Metakrone cancer

Databasen understøtter synkrone og metakrone cancere.
Synkrone cancere registres som beskrevet under basisinformationer.
Med synkrone menes en tumor der behandles på samme sygdomsforløb, og hvor behandlingsstrategien er samlet for disse.

For metakrone cancere oprettes nyt sygdomsforløb og canceren behandles som ”ny” med fuld registrering.
Ved ny tumor i samme segment, som f.eks. segment hvor der tidligere er foretaget polypektomi, besluttes lokalt om det drejer sig om recidiv (samme forløb + recidiv kode) eller ny cancer (nyt forløb).

Se sektion omkring recidiv for registrering.

Helbredsforløb

Alle behandlinger tilknyttes patientens helbredsforløb. Disse består af alle kontakter under cancerdiagnosekoden på samtlige afdelinger. Forløbet er ikke tilknyttet en enkelt afdeling men den samlede diagnose. Når patienten ophører med behandling og/eller kontrol er det vigtigt at helbredsforløbet afsluttes. Databasen vil herefter opfatte nye forløb som en ny

cancer, såfremt det ikke fremgår af registreringen at der er tale om recidiv (se afsnit om registrering af recidiv).

Patienter der ikke modtager behandling eller ikke følgesmed kontroller bør have deres forløb afsluttet. Patienter med åbne forløb uden evt. kontrolskanninger vil fremgå som manglende, hvis forløb ikke er afsluttet. Hvis forløb er afsluttet vil evt. kontrolskanninger foretaget på andet forløb ikke opfattes som relateret til patientens kolorektalcancerforløb.

Indberetningspligt

Ansvaret for udfyldelse af basisinformationer påhviler den udredende afdeling. For patienter, der ikke har fået foretaget regelmæssig udredning, tildeles ansvaret patientens lokale kolorektal-kirurgiske afdeling.

Basisinformationer

Disse koder indsamles i forbindelse med initial diagnostik af en kolorektalcancerpatient. Følger normal resultatindberetning for cancer diagnoser (indberetning til cancerregisteret).

Cancer Anmeldelse (TNM)

Stadieindberetningen følger kravene til indberetning til cancerregisteret*.
Databasen anvender både cTNM og pTNM. pTNM opsamles fra PATOBANK.

Vær opmærksom på at DCCG-databasen anvender subgrupper af cT stadiet mhp. at undgå dobbelt registrering (se afsnit for dette)

Lokalisationskode

Tumor lokalisation registreres efter bedste endoskopiske og/eller billeddiagnostiske skøn.

Uspecifik lokalisation (DC18.9) bør ikke anvendes, da databasen dermed mister muligheden for at skelne mellem flere synkrone eller metakrone cancere. Optræder denne i sammenhæng med mere specifik registrering, vil specifik registrering have højere prioritet.

Databasen vil som udgangspunkt anvende den DC-kode der er anvendt til stadieinddeling.

DC18.9 må gerne anvendes i henvisninger etc, da databasen ikke indsamler dette. Denne nomenklatur er at foretrække frem for ”forkert” anatomisk registrering.

Synkrone tumorer

Ved synkrone tumorer registreres alle lokalisationer. Befinder der sig flere tumorer i samme segment, registreres disse som én lokalisation og data indhentes fra Patobank.

Ved evt. senere behandling/recidiv anvendes den lokalisation, der vurderes som udløsende for behandling.

Diagnose [P]	ICD-10 kode	Kommentar
Kræft i caecum	DC180	
Kræft i blindtarmen	DC181	
Kræft i colon ascendens	DC182	
Kræft i flexura coli dextra	DC183	
Kræft i colon transversum	DC184	
Kræft i flexura coli sinistra	DC185	
Kræft i colon descendens	DC186	
Kræft i colon sigmoideum	DC187	
Kræft i tyktarmen UNS	DC189	Bør ikke anvendes (til stadieinddeling)
Kræft i endetarm	DC209	

*(10.4.2.4.1 Krav til angivelse af TNM-stadie)

Klinisk T kategori

T kategori tilføjes i forbindelse med diagnosen.

cTx klassifikation benyttes kun, når der ikke foreligger nogen undersøgelser på patienten. Er tumor ikke synlig på billeddannelse men ved skopi, anvendes mindste T kategori. Se gerne TNM vejledning på dccg.dk

Underklassifikation af T3 & T4 stadier bør anvendes, da dette erstatter separat variable for nedvækstdybde.

Databasen anvender ikke neo-adjuverende T kategori (ycT)

Foreligger cTNM først efter en procedure, hvor der endnu ikke har været erkendt cancer f.eks. akut operation eller endoskopisk fjernelse af polyp, kan cTNM tilføjes i forbindelse med aktivitet, hvor cancer senere konstateres.

Ved fund af metastaser hvor primær tumor ikke kan findes, men histologisk profil tyder på udgangspunkt i nedre GI, registreres det som ukendt primær tumor (DC80.0). Disse patienter indgår ikke i databasen.

Kliniske T-stadie [P]	Resultatindberetning-kode	Kommentarer
cT0	AZCD10	Primær tumor kan ikke erkendes
cT1	AZCD13	Tumor vokser ned i submucosa, men ikke i muscularis propria
cT2	AZCD14	Tumor vokser ned i muscularis propria men ikke igennem
cT3	AZCD15	Vokser igennem muscularis propria til subserosa (Anvend A/B)
cT3a	AZCD15A	Nedvækst op til 1 mm igennem muscularis propria
cT3b	AZCD15B	Nedvækst 2 til 5 mm igennem muscularis propria
cT3c	AZCD15C	Nedvækst 6 til 15 mm igennem muscularis propria
cT3d	AZCD15D	Nedvækst >15 mm igennem muscularis propria
cT4	AZCD16	Tumor genembryder serosa (Anvend A/B)
cT4a	AZCD16A	Gennembryder serosa til viscerale peritoneum
cT4b	AZCD16B	Indvækst i tilstødende organ eller struktur
cTx	AZCD19	Bør ikke anvendes (se ovenfor).

Klinisk N kategori

N kategori tilføjes i forbindelse med diagnosen.

cNx klassifikation benyttes kun, når der ikke foreligger nogen undersøgelser på patient.

Kliniske N-stadie [P]	**Resultatindberetning-kode**	**Kommentarer**
cN0	AZCD30	Ingen regionale lymfeknudemetastaser
cN1	AZCD31	1-3 suspekte lymfeknuder
cN2	AZCD32	4+ suspekte lymfeknuder
cNx	AZCD39	Bør ikke anvendes (se ovenfor).

Klinisk M kategori

M kategori tilføjes i forbindelse med diagnosen.

cMx klassifikation eksisterer ikke.

Organ specifikke lokalisationskoder for metastaser angives som tillægskode til cancerkoden.

TNM indsamles i forbindelse med indrapportering til cancerregistret

Kliniske M-stadie [P]	**Resultatindberetning-kode**	**Kommentarer**
cM0	AZCD40	cM0: Ingen fjernmetastaser
cM1a	AZCD41A	cM1a: Fjernmetastase i et organ system
cM1b	AZCD41B	cM1b: Fjernmetastase i flere organsystemer
cM1c	AZCD41C	cM1c: Fjernmetastase i peritoneum +/- andre organer

MDT-konference

DCCG-databasen indsamler/anvender koder for

- Behandlingsbesluttende MDT
- Postoperativ opfølgnings MDT
- National MDT.

For at koderne kan anvendes, skal betingelserne under beskrivelsen være opfyldt.

Der kan afholdes flere behandlingsbesluttende MDT'er i et patientforløb.

Der bør kun optræde en behandlingsbesluttende MDT forud for en DCCG-procedure, men hvis klinisk relevant kan flere anvendes.

Yderligere behandlingsbesluttende MDT'er kan registreres ved behandlingsintentions-skifte eller ændringer i planlagte procedurer.

MDT_konference [P]	Procedurekode	Kommentarer
Behandlingsbesluttende	ZZ0190D1	Kræver minimum deltagelse af kirurg, onkolog, patolog samt radiolog. Kræver MDT foretager beslutning om behandlingsstrategi samt der foreligger tilfredsstillende diagnostiske undersøgelser
Postoperativ opfølgning	ZZ0190D2	Der foretages systematisk audit af det operativ forløb med henblik på efterforløb samt kvalitetssikring.
National	ZZ0190D3	Afholdes på højtspecialiseret afdeling med deltagelse af nationale centre
MDT	ZZ0190D	MDT hvor der ikke kan foretages endelig behandlingsbeslutning

Patient oplysninger

Performance Status

Performance status (ECOG) oplyses som den, der danner grundlag for behandlingsbeslutningen.

Der bør ikke foretages vurdering ud fra journal gennemgang. Her bør anvendes performance status ukendt. Hvis der i databasen/LPR findes flere værdier vælges sidste inden proceduren.

Vurdering [P]	**Procedurekode**	**Kommentar**
Performance Status 0	ZZV020U0	
Performance Status 1	ZZV020U1	
Performance Status 2	ZZV020U2	
Performance Status 3	ZZV020U3	
Performance Status 4	ZZV020U4	
Performance Status 5	ZZV020U5	Død
Performance Status ukendt	ZZV020U9	Oplysning ikke tilgængelig i journal

ASA-klassifikation

ASA-score oplyses som den, der danner grundlag for behandlingsbeslutningen. Der bør ikke foretages vurdering iht. journalvurdering. Her bør anvendes ASA ukendt. Patienter der ikke får foretaget resektion skal også have indrapporteret ASA, da grundet til fravalg af resektion kan være for høj score.

Det foretrækkes at ASA registreres på procedurekoden i forbindelse med vurdering af patient – dvs. tilknyttes operation eller anden kontrolbesøg/indlæggelse.

Ved flere opgivne vælges sidste inden proceduren

Vurdering [ikke-P]	**Tillægskode**	**Kommentar**
ASA funktionsniveau, ASA 1	EZA1	
ASA funktionsniveau, ASA 2	EZA2	
ASA funktionsniveau, ASA 3	EZA3	
ASA funktionsniveau, ASA 4	EZA4	
ASA funktionsniveau, ASA 5	EZA5	
ASA funktionsniveau, ASA 6	EZA6	
ASA funktionsniveau, ASA Ukendt (9)	EZA9	Oplysning ikke tilgængelig i journal

Alkohol indtag

Enkelt eller begge kan anvendes

Alkoholforbrug	**diagnosekode**	**Kommentar**
Alkohol >10 genstande ugentligt	DZ721C	
Alkoholindtag overskrider 4 genstande dagligt	DZ721D	

Tobak anvendelse

Nuværende rygestatus [P]	**Pseudo- procedurekode**	**Kommentar**
Ryger	ZZP01A1A	Ryger (Inden for seneste 8 uger)
Tidligere ryger	ZZP01A1B2	Ikke røget de seneste 8 uger
Aldrig ryger	ZZP01A1B3	Ingen eller minimalt tidligere forbrug
Rygestopper	ZZP01A1B1	Anvendes ikke

Højde & Vægt

Patientens højde og vægt [P]	Pseudo-procedurekode	Kommentar
Legemshøjde (cm)	ZZ0241+ VPH####	I tillægskoden angives højden i cm.
Legemsvægt (kg)	ZZ0240+ VPH####	I tillægskoden angives vægten i kg.

Rektum Cancer – Specifikke koder

Disse koder kan ved manglende patologisk verifikation inden operation tilføjes patienter med diagnosekoden DC20.9. efter operation

Højde på rektumtumor – bestemt ved rektoskopi

Husk at kode rektoskopi som procedure i LPR

Pseudo-procedurekoder [P]	
Rectum Tumor Højde + bestemt ved Rectoskop	ZZV009A1A+ VPH####

Højde på rectumtumor – MR

Pseudo-procedurekoder [P]	
Rectum Tumor Højde + bestemt ved MR	ZZV009A1B+ VPH####

Højde på rectumtumor – ukendt (både MR og rectoskopi)

Pseudo-procedurekoder [P]	
Rectum Tumor Højde/størrelse ukendt	ZZV009A9

Anvendes hvis der hverken foreligger rektoskopi eller MR. Ikke udfyldt værdi for disse uden udfyldt ukendt kode tolkes som manglende indtastning.

Nedvækst af rectumtumor – MR

Pseudo-procedurekoder [P]	
Tumor nedvækst under tunica muscularis (mm) + VPH	ZZV009A2+ VPH####

EMVI rectumtumor – MR

Tillægskoder til diagnosekoder [P]	
Veneinvasion påvist ved MR-skanning	ZDW58B1

Korteste afstand mellem cancervæv og den mesorektale fascie

Defineres som mm. Der skelnes ikke mellem tumor, suspekt lymfeknuder eller tumordeposit (mm).

Tillægskoder til diagnosekoder	
Afstand til mesorektale fascie <= 1 mm	ZDW61D1
Afstand til mesorektale fascie > 1 mm	ZDW61D2
afstand til mesorektale fascie ukendt	ZDW61D9

Hjælpesektion for basis informationer

Komorbiditets-Registrering

Husk at kontrollere at patientens komorbiditet og andre tilstande og procedurer er registreret.

Udvalgte nedenstående med speciel opmærksomhed for DCCG.

Anæmi [P]	**Bi-diagnosekode**	**Kommentar**
Jernmangelanæmi UNS	DD509	Se DCCG retningslinjer.
Anæmi UNS	DD649	

Cancer specifikke Procedurer

Behandling, f.eks. tilskud af jern [P]	**Procedurekode**
Behandling med peroral jernpræparat	BOHC10
Behandling med parenteralt jern	BOHC12

Familieanamnese med kræft i fordøjelsesorganer

Familiær kræft i fordøjelsesorganer[P]	**Diagnosekode**	**Kommentar**
Familieanamnese med kræft i fordøjelsesorganer	DZ800	Se tværfaglige/DCCG-retningslinjer.

Registrering ved Kirurgiske Procedurer på kolorektalcancerpatienter

Proceduresigte ved det kirurgiske indgreb

Proceduresigtet defineres som den endelige intention bag proceduren.

Den er ikke nødvendigvis bestemt forud for en procedure. Dvs. en planlagt kurativ procedure, der slutteligt (umiddelbart efter proceduren er udført) er palliativ, skal registreres som palliativ. Koden skal ikke ændres senere hvis der meget senere ændres intention.

Eksempel: en operation vurderes at kunne udføres med kurativt sigte på MDT, desværre under operation findes udbredt karcinose. Man vælger dog at foretage resektion af primær tumor. Her er koden palliativ.

Bridge-to-surgery indgreb: Stent anlæggelser eller stomianlæggelser i hvor der senere påtænkes at der skal udføres et kurativt indgreb/behandling intentions registreres som kurativ.

Procedurens intention [P]	**Tillægskode til procedurekode**
Diagnostisk	ZPZA01
Intenderet kurativ behandling	ZPZA02C
Palliativ	ZPZA05

Prioritet

En akut operation defineres som en procedure, der ikke kan afvente regelret udredningsprogram. Dette kan være på forløb der er akutte eller elektive. Det er operatørens vurdering der gælder.

Akut udført operation [non-P]	**Tillægskode til procedurekode**
Udført Akut	ZPTP01

Ved akut operation anføres tilstande, der fører til den akutte indikation som bi-diagnoser f.eks. ileus, perforation etc.

Konvertering

Der er foretaget konvertering hvis et indgreb var intenderet laparoskopisk og anden minimal invasiv kirurgi, men grundet tekniske eller intraoperative komplikationer må konverteres til åben kirurgi.

Konvertering af indgrebstype [non-P]	**Tillægskode til procedurekode**	
Anden konvertering til åbent indgreb	KZYK96	Anvendes i alle tilfælde

Robot assisteret

Hvis et indgreb har involveret anvendelse af robot, uafhængig af tid.

Anvendelse af robot [non-P]	**Tillægskode til procedurekode**	
Robot assisteret	KZXX00	Anvendes i alle tilfælde

Resektionstype

Resektionstype	**Tillægskode til Procedurekode**
D0: ukomplet excision af tumornære lymfeknuder	KZLG00D0
D1: komplet excision af tumornære lymfeknuder	KZLG00D1
D2: komplet excision af tumornære lymfeknuder og intermediære lymfeknuder	KZLG00D2
D3: komplet excision af tumornære lymfeknuder og alle regionale lymfeknuder	KZLG00D3
D9: ingen oplysninger om excision af tumornære lymfeknuder	KZLG00D9

Hjælpesektion for kirurgiske procedurer

Proceduren registreres efter hvilken endelig procedure, der er udført og ikke den planlagte.

Procedure beskrevet på DCCG.

Kolon resektioner

Kolon resektioner	**Procedure**
Ileocækal resektion	KJFB20
Højresidig hemikolektomi	KJFB30
Udvidet højresidig hemikolektomi	KJFB30A
Subtotal kolektomi	KJFB30B
Anden samtidig resektion af tyndtarm og tyktarm	KJFB33
Resektion af colon transversum	KJFB40
Venstresidig hemikolektomi	KJFB43
Resektion af colon sigmoideum	KJFB46
Resektion af colon sigmoideum med kolostomi	KJFB60
Resektion af venstre fleksur	KJFB53
Udvidet venstresidig hemikolektomi	KJFB56
Anden colonresektion	KJFB50
Anden tyktarmsresektion med kolostomi og distal lukning	KJFB63
Kolektomi og ileorektostomi	KJFH00
Kolektomi og ileostomi	KJFH10
Proktokolektomi og ileostomi	KJFH20
Transluminal endoskopisk assisteret laparoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)	KJFA87
Laparoskopisk ileocækal resektion	KJFB21
Laparoskopisk højresidig hemikolektomi	KJFB31

Kolon resektioner	**Procedure**
Laparoskopisk udvidet højresidig hemikolektomi	KJFB31A
Laparoskopisk subtotal kolektomi	KJFB31B
Anden laparoskopisk samtidig resektion af tyndtarm og tyktarm	KJFB34
Laparoskopisk resektion af colon transversum	KJFB41
Laparoskopisk venstresidig hemikolektomi	KJFB44
Laparoskopisk resektion af colon sigmoideum	KJFB47
Laparoskopisk resektion af colon sigmoideum med kolostomi og distal lukning	KJFB61
Laparoskopisk resektion af venstre fleksur	KJFB54
Laparoskopisk udvidet venstresidig hemikolektomi	KJFB57
Anden laparoskopisk colonresektion	KJFB51
Anden laparoskopisk colonresektion med kolostomi og distal lukning	KJFB64
Laparoskopisk kolektomi og ileorektostomi	KJFH01
Laparoskopisk kolektomi og ileostomi	KJFH11
Laparoskopisk proktokolektomi og ileostomi	KJFH21
Laparoskopisk assisteret transluminal endoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)	KJFA88

Endetarm resektioner

Procedure defineret iht. DCCG.

Endetarmresektioner	**Procedure**	**Type**
Resektion af endetarm	KJGB00	Åben
Resektion af endetarm med kolostomi	KJGB10	Åben
Abdominal og ischioanal excision af endetarm	KJGB35	Åben
Abdominal og ekstralevatorisk excision af endetarm	KJGB36	Åben
Abdominal og perineal excision af endetarm	KJGB30	Åben
Abdominal og intersphincterisk excision af endetarm	KJGB32	Åben
Abdominal og transanal resektion af endetarm	KJGB06	Åben
Proktokolektomi og ileostomi	KJFH20	Åben
Total bækkenrømning	KLCE20	Åben
Laparoskopisk resektion af endetarm	KJGB01	Skopi
Laparoskopisk resektion af endetarm med kolostomi	KJGB11	Skopi
Laparoskopisk og ischioanal excision af endetarm	KJGB37	Skopi
Laparoskopisk og ekstralevatorisk excision af endetarm	KJGB34	Skopi
Laparoskopisk og perineal excision af endetarm	KJGB31	Skopi
Laparoskopisk og intersphincterisk excision af endetarm	KJGB33	Skopi
Laparoskopisk og transanal resektion af endetarm	KJGB04	Skopi
Laparoskopisk proktokolektomi og ileostomi	KJFH21	Skopi
Laparoskopisk transperineal excision af endetarm	KJGB31B	Skopi

Palliative/Bridge to surgery procedurer

Palliative/Bridge to surgery procedurer	Procedure	Type
Endoskopisk indsættelse af stent i tyktarm	KJFA68	Skopi
Rektoskopisk indsættelse af stent i endetarm	KJGA58A	Skopi
Loop enterostomi	KJFF10	åben
Laparoskopisk loop enterostomi	KJFF11	Skopi
Terminal enterostomi	KJFF13	Åben
Transversostomi	KJFF23	Åben
Laparoskopisk transversostomi	KJFF24	Skopi
Sigmoideostomi	KJFF26	Åben
Laparoskopisk sigmoideostomi	KJFF27	Skopi
Ileotransversostomi	KJFC10	

Andre procedurer

Andre procedurer	Procedure	Type
Eksplorativ laparotomi	KJAH00	åben
laparoskopi	KJAH01	skopi

Supplerende resektioner

Her skelnes mellem resektioner af organer, hvor der er involvering af erkendt patologisk væv, eller resektion af områder, hvor der enten er indvækst eller ikke erkendt involvering. (jf. de to afsnit omkring per-operative supplerende resektioner vs. supplerende excisioner/destruktioner af patologisk væv)

Per-operative supplerende resektioner

Per-operative supplerende resektioner [P]	**Procedurekode**	**Note**
Supracolisk omentektomi	KJAL30B	Ved fjernelse af gastrokoliske ligament
Infracoliske omentektomi	KJAL30A	Typisk ved udv. hø. hemikolektomi
Radikal excision af iliakale lymfeknuder	KPJD54	Anvendes ved resektion af laterale lymfeknuder
Laparoskopisk radikal excision af iliakale lymfeknuder	KPJD74	Anvendes ved resektion af kompartment på bækkenvæg
Anden excision af pancreas	KJLC96	
Anden operation på tyndtarm eller tyktarm	KJFW96	
Enkeltsidig salpingo-ooforektomi	KLAF00	
Laparoskopisk enkeltsidig salpingo-ooforektomi	KLAF01	
Dobbeltsidig salpingo-ooforektomi	KLAF10	
Laparoskopisk dobbeltsidig salpingo-ooforektomi	KLAF11	
Andre operationer på brystvæg, pleura og diafragma	KGAW*	Alle undertyper
Resektion af milt	KJMA00	
Anden resektion eller vævsdestruktion i urinblæren	KKCD96	

Supplerende excision/destruktion af patologisk væv

Supplerende excision/destruktion af patologisk væv	**Procedurekode**
Destruktion af patologisk væv i lever	KJJA43
Radiofrekvensablation (RFA) af patologisk væv i lever	KJJA43A
Mikrobølgeablation (MWA) af patologisk væv i lever	KJJA43B
Excision af patologisk væv i lever	KJJA40
Laparoskopisk excision af patologisk væv i lever	KJJA41
Excision af patologisk væv i binyre	KBCA20
Excision af patologisk væv i bugvæg	KJAA10
Laparoskopisk biopsi eller excision af patologisk væv i diafragma	KJBA11
Excision af retroperitonealt patologisk væv	KKKB10
Anden excision eller destruktion af patologisk væv i ovarie	KLAC96
Anden laparoskopisk excision eller destruktion af patologisk væv i ovarie	KLAC97
Excision eller destruktion af patologisk væv i bughinde	KJAL20
Laparoskopisk excision eller destruktion af patologisk væv i bughinde	KJAL21

Per-operativt fund af metastatisk sygdom

Registreres i henhold til gældende vejledning. Metastasens lokalisation registreres som bidiagnose på den relevante kontakt og skal indgå i det relevante forløb. Registreringen er ikke nødvendigvis knyttet til en procedure. Peroperative supplerende resektioner registreres som procedurer i henhold til SKS.

Endoskopiske indgreb

Endoskopiske indgreb kan foretages før eller efter der foreligger en diagnose.
Hvis diagnose ikke foreligger (f.eks. fund i polyp) skal behandlingsintention påføres retroaktivt.
Behandlingsbesluttende MDT kan afholdes efter en procedure i dette tilfælde, hvis der ikke foretages yderligere.
Der skal også indberettes basis informationer på patienter, der udelukkende er endoskopisk behandlet. Disse kan tilføjes til kontakter efter proceduren.
For procedure, hvor der tilstøder komplikationer, skal disse registreres iht. LPR koder nedenfor.

Intentions kodning

For planlagte procedure efter behandlingsbesluttende MDT skal der påføres intention samt nødvendige koder for at beskrive forløb ift. komplikationer, reoperationer osv. (se resektioner)

Anvender samme princip som kirurgiske resektion

Hjælpeliste over endoskopiske procedurer

Endoskopiske indgreb	**Procedurekoder [P]**	**Kommentarer**
Endoskopisk polypektomi i tyktarm	KJFA15	
Rektoskopisk polypektomi i endetarm	KJGA05	
Transanal excision af patologisk væv i endetarm	KJGA73	
Rektoskopisk mikrokirugisk excision af patologisk væv i endetarm	KJGA75	TEM/TEO/TAMIS
Endoskopisk mucosa resektion (EMR), endetarm	KJGA52A	
Endoskopisk submucøs dissektion (ESD), endetarm	KJGA52B	
Endoskopisk mucosa resektion (EMR), tyktarm	KJFA55A	
Endoskopisk submucøs dissektion (ESD), tyktarm	KJFA55B	
Transluminal endoskopisk assisteret laparoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)	KJFA87	tillægskoder til resektion
Laparoskopisk assisteret transluminal endoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)	KJFA88	tillægskoder til resektion

Komplikationsregistrering

Komplikationer opgøres per kontakt (indlæggelse).
Der foretages en samlet opgørelse fra proceduren til udskrivelse/afslutning af kontakt.

Samtlige komplikationer tilføjes via SKS koder (se eksempler i tabel).

Ved et forløb der er vurderet uden komplikationer, er det vigtigt at tilføje koden ”Ingen komplikationer” se nedenfor.

Ved anastomoselæk og evt. reoperation påføres disse koder også – se senere.

Hvis der har været komplikationer, kan den højeste kategori af komplikation under indlæggelsen angives via Clavien-Dindo.

Hvis et forløb ikke er angivet som ”ingen komplikationer” eller ikke har en Clavien-Dindo gradering, angives komplikationsregistreringen som ikke udført. Dette vil som nævnt i indledning være en supplerende indikator mhp. at danne mangellister

Komplikationsfrit indgreb

Et ukompliceret forløb - defineret som ingen medicinske eller kirurgiske komplikationer registres ved VV00051. Koden registres som tillægskode til aktionsdiagnosen.

Komplikationsfrit indgreb[P]	**Tillægskode til aktionsdiagnosen**
Ingen komplikationer	VV00051

Komplikationer der opstår under indlæggelses kontakten/operationen

Per-operative komplikationer samt post-operative komplikationer registreres som bi-diagnoser til aktionsdiagnosen med tillægskode for grad.

Komplikationer der opstår efter udskrivelse efter primære operation

Registreres som aktionsdiagnose på genindlæggelse/ ambulant besøg. Der tilføjes tillægskode for grad (Clavien Dindo).

Gradering af komplikationer

Hvis der er komplikationer, vurderes det samlede forløb ift. Clavien-Dindo kategorier

I DCCG-sammenhæng inkluderer dette medicinske og kirurgiske komplikationer.

Det er den værste komplikation som bestemmer graden.

Clavien-Dindo

Clavien-dindo registreres på udskrivelsestidspunktet. Man kan kun indberette én.

Grad	Tillægskode til diagnosekode for komplikation [P]	Beskrivelse
Grad 1	ZDA03A1	Enhver afvigelse fra det normale postoperative forløb uden kirurgisk, endoskopisk, radiologisk eller farmakologisk intervention med undtagelse af væskebehandling, behandling med antiemetika, febernedsættende medicin, smertestillende medicin eller diuretika og fysioterapi. Omfatter sårspaltning bed-side og hjerteinsufficiens som udelukkende behandles med diuretika.
Grad 2	ZDA03A2	Medicinsk behandling inkl. blodtransfusion eller parenteral ernæring, men eksklusiv væskebehandling og behandling med antiemetika, febernedsættende medicin, smertestillende medicin eller diuretika.
Grad 3a	ZDA03A3A	Komplikation som er behandlet kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutan drænage) behandling uden narkose, men inkl. eventuel rus.
Grad 3b	ZDA03A3B	Komplikation som er behandlet kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutan drænage) behandling i narkose ekskl. rus.
Grad 4a	ZDA03A4A	Livstruende komplikation (inkl. CNS) som krævede indlæggelse på en intensiv afdeling, med svigt af et organ (inkl. dialyse).
Grad 4b	ZDA03A4B	Livstruende komplikation (inkl. CNS) som krævede indlæggelse på en intensiv afdeling med multiorgansvigt.
Grad 5	ZDA03A5	Død.

Hjælpesektion for kirurgiske komplikationer

Dette er hjælpelister mhp. at anvende og ensrette registrering.

Per-operative komplikationer

Per-operative komplikationer registreres som bidiagnoser.

Per-operativ komplikation [P]	**Diagnosekode**	**Kommentar**
Per-operativ blødning	DT818F	>500 ml.
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion IKA	DT812	
Utilsigtet peroperativ læsion IKA	DT812A	Anvend 812
Utilsigtet peroperativ punktur IKA	DT812B	Anvend 812
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af gastrointestinalkanalen	DT812G	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af kvindeligt kønsorgan	DT812H	
Utilsigtet peroperativ perforation af uterus ved resektion	DT812H1	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af kar eller lymfesystem	DT812K	
Utilsigtet peroperativ læsion af nerve	DT812N	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af urinveje	DT812U	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af nyre	DT812UA	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af nyrebækken	DT812UB	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af urinleder	DT812UC	
Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af urinblære	DT812UD	
Utilsigtet peroperativ læsion af organ med samtidig intervention	DT812V	
Utilsigtet peroperativ læsion af organ uden samtidig intervention	DT812W	
Fremmedlegeme utilsigtet efterladt i operationsfelt	DT815	

Ved Ikke klassificeret koder (IKA) kan der tilknyttes anatomisk lokalisation fx T000132 = milt

Postoperative komplikationer

Opstår/ erkendes komplikationen på kontakten, hvor det kirurgiske indgreb er foretaget, registreres komplikationen som bidiagnose.

Hvis patienten genindlægges pga. komplikation, registreres komplikationen som aktionsdiagnose på genindlæggelsen.

Postoperativ komplikation	**Diagnosekode**	**Kommentar**
Post-operativ blødning	DT810G	
Dyb bristning af op. sår	DT813D	Fascieruptur
Post-op sår infektion	DT814F	
Post-op intraabd abscess	DT814b	
Post-op Stomi komplikation	DK914D	Dækker prolaps, separation, retraktion, og infektion registreres med denne og ovenstående infektionskoder
Post-op Stomi nekrose	DK914C	Vil medføre re-operation
Postoperativ tarmobstruktion	DK913	Anvendes post operativ og ikke DK567. Denne anvendes kun ved primær symptom.

Anastomose komplikationer

Opstår/ erkendes komplikationen på kontakten, hvor det kirurgiske indgreb er foretaget, registreres komplikationen som bidiagnose.
Hvis patienten genindlægges pga. komplikation, registreres komplikationen som aktionsdiagnose på genindlæggelsen.
Anastomose lækager registreres iht nedenstående. Kræver et læk re-operation, skal der registreres ifølge nedenstående. Der registreres evt. stomi og supplerende resektioner – hvis foretaget. Avital tarm i anastomose området registreres som anastomose læk/re-operation

Anastomoselæk

Anastomoselækage [non-P]	**Tillægskoder til procedurekoder**
Anastomoselækage, type A	ZDA03BA
Anastomoselækage, type B	ZDA03BB
Anastomoselækage, type C	ZDA03BC

Anastomose re-operation

Re-operation	**Procedurekoder [P]**
Re-operation for sutur/anastomose insuff efter Gas operation	KJWF00 (åben)
Re-operation for sutur/anastomose insuff efter Gas operation	KJWF01(lap)

Tillægskoder til re-operation for anastomose læk

Tillægskode til re-operation	**Tillægskoder til procedurekoder**
Anastomose lækage, anastomose bevaret	DT813A1
Anastomose lækage, anastomose nedbrudt	DT813A2

Her kan der også registreres anastomosegrad (B/C) som tillægskode til KJW-proceduren.

Reoperationer

Alle re-operationer registreres efter re-operations klassifikation så specifik som muligt.

- Er dette ikke dækkende, anvendes KJWW96 –KJWW98 og subspecifikke koder for ekstra procedurer.
- Eksp.Lap skal IKKE anvendes som re-operations kode.
    - Se under anastomose re-op for specifikke registrering heraf.
    - Ved negative fund anvendes KJWW96

Re-operation	**Procedurekode**
Sutur af sårruptur efter gastroenterologisk operation	KJWA00
Sutur af sårruptur med anvendelse af traktionsnet efter gastroenterologisk operation	KJWA30
Reoperation ved overfladisk infektion efter gastroenterologisk operation	KJWB00
Reoperation ved dyb infektion efter gastroenterologisk operation	KJWC00
Perkutan endoskopisk reoperation ved dyb infektion efter gastroenterologisk operation	KJWC01
Reoperation for overfladisk blødning efter gastroenterologisk operation	KJWD00
Reoperation for dyb blødning efter gastroenterologisk operation	KJWE00
Perkutan endoskopisk reoperation for dyb blødning efter gastroenterologisk operation	KJWE01
Transluminal endoskopisk reoperation for dyb blødning efter gastroenterologisk operation	KJWE02
Reoperation for sutur- eller anastomoseinsufficiens efter gastroenterologisk operation	KJWF00
Perkutan endoskopisk reoperation for sutur- eller anastomoseinsufficiens efter gastroenterologisk operation	KJWF01
Anden reoperation efter gastroenterologisk operation	KJWW96
Anden perkutan endoskopisk reoperation efter gastroenterologisk operation	KJWW97
Anden transluminal endoskopisk reoperation efter gastroenterologisk operation	KJWW98

Medicinske komplikationer

Opstår/ erkendes komplikationen på kontakten, hvor det kirurgiske indgreb er foretaget, registreres komplikationen som bidiagnose.

Hvis patienten genindlægges pga. komplikation, registreres komplikationen som aktionsdiagnose på genindlæggelsen.

Medicinsk komplikation	**Diagnosekode**
Postoperativ sepsis	DT814D
Postoperativ arteriel emboli eller trombose	DT817B1
Postoperativ dyb venetrombose	DT817C
Postoperativ lungeemboli	DT817D
Postoperativ apoplexia cerebri	DT817Y1
Postoperativt akut myokardieinfarkt	DT817Y2
Postoperativ hjerteinsufficiens	DT817Y3
Postoperativ nyreinsufficiens	DT817Y4
Postoperativ pneumoni	DT814P
Postoperativ urinvejsinfektion	DT814U
Postoperativ aspirationspenumoni	DT814P1

Kontrol & Recidiv

registrering af recidiv følger LPR3 standard praksis, det er et krav fra DCCG-databasen at oplysning om lokalt recidiv angives

For at etablerer bedre oplysninger om recidiv påføres patienter i kontrol *aktiv kodning (kodning af recidiv ej fundet)*. Hvilket vil sige at der registres selv om der ikke er udført en procedure. Ligeledes registreres det. hvis patient ikke vil, eller skal kontrolleres efter klinisk skøn.

Disse oplysninger kan påføres kontrolundersøgelses proceduren.

Kontrolundersøgelse – Patient følger ikke kontrolprogram

Optræder denne kode efter initiale procedure eller efterfølgende i sygdomsforløb vil patienten ikke længere indgå i kontrolalgoritmen. Hvis patienten afslutter sit helbredsforløb for cancerdiagnosen, tolkes dette implicit, som at der ikke planlægges yderligere kontrol.

Patienten ønsker ikke kontrol	ZWCM9C	Pseudo-procedurekode

Kontrolundersøgelse – uden recidiv

Et kontrolbesøg uden recidiv tilføjes koden:

Uden recidiv	ZDW52A	Tillægskode til procedurekode for kontrolundersøgelse

Anvendes også hvis der ikke konstateres genvækst efter kurativ stråleterapi for rektumcancer (se nedenfor), og tidligst efter 4 måneder (incidensperioden Cancerregisteret).

Recidivsituationer

Registrering af recidiv følger standard LPR-kodning ift. indrapportering og kodning (indberetning til cancerregisteret). DCCG kræver at der også indrapporteres lokal-recidiv status.

Kontrolundersøgelse – Lokal recidiv

Med lokalrecidiv	ZDW51G	Tillægskode til diagnosekode

Kontrolundersøgelse – Fjernrecidiv – ingen lokal recidiv

Metastaselokalisationer registreres iht. LPR vejledning. Registreres lokalrecidiv ikke, tolkes dette som ikke værende tilstede.

Kontrolundersøgelse – Fjernrecidiv & Lokal recidiv

Med lokalrecidiv	ZDW51G	Tillægskode til diagnosekode

Metastaselokalisationer registreres iht. LPR vejledning

Registrering af fjernrecidiv (LPR-vejledning)

Ved systemisk recidiv registreres recidivlokalisation fra organet som A-diagnose og med primær kolorektalcancer som bi-diagnose.

Dato for denne kode er dato for recidiv.

Hyppige lokalisationer	**Diagnosekode**	**Kommentar**
Lever	DC78.7	Fjernmetastase i lever
Lunge	DC78.0	Fjernmetastase i lunge
Peritoneum	DC78.6D	Carcinose i peritoneum
Retroperitonum	DC78.6C	Metastase i retroperitoneal rum
Knogle	DC79.5B	Fjernmetastase i knogle
Metastase UNS	DC79.8	

Manglende registrering af recidiv status

Der foretages aktiv kodning (registrering af recidiv ej fundet) for at etablere recidiv data. Aktiv kodning i denne henseende er at der påsættes kode for ”uden recidiv” da dette ikke er implicit ved manglende registrering.

Onkologi

Patienter, der ses på en onkologisk afdeling uden at være set forud på en kirurgisk afdeling, skal have registreret basis værdier som beskrevet tidligere.

Registrering af onkologisk forløb

Patienter, der ses på en onkologisk afdeling, registreres med behandling intention og performance status ved hvert behandlingsskifte. I modsætning til kirurgiske procedure behøves disse koder ikke at blive påført ved hver procedure (medicingivning/strålebehandlingsfraktioner), men i starten af behandlingen. Dvs. at der ikke er krav om intention ved enkelte fraktioner eller serier.

Performance Status

Se under basis skema for koder

Lokalisations angivelse ved stråleterapi

Ved stråleterapi ønskes oplyst hvilket organ, behandling blev givet imod. I praksis vil det kun være rektumcancerpatienter hvor pallierende stråleterapi kan retters mod enten primær tumor eller metastaser.

Hvis behandling kobles på metastase lokalisation som A-diagnose, er det ikke nødvendigt at angive yderligere. Hvis pallierende behandling rettes mod andet organ, ønskes oplyst anatomisk lokalisation sideløbende.

Proceduresigte/behandlingsintention

Proceduresigtet defineres ved onkologisk behandling som den intention behandlingen initialt bliver givet ved. Dette adskiller sig fra den kirurgiske definition.

Intention kan ideelt tilføjes hver enkelt kemoterapi procedure, alternativt skal denne tilføjes ved start og ved skift i behandling. Kan tilføjes i forbindelse med journaloptagelses aktivitet etc.

Onkologisk behandlingsintention	**Tillægskode til procedurekode**	**Kommentar**
Adjuverende behandling	ZPZA02A	Behandling af patient med mulig mikroskopisk sygdom, forudgået af en kurativ procedure – resektion.
Neoadjuverende behandling	ZPZA02B	Behandling af resektabel sygdom, hvor resektion er mulig, men hvor patient kan have gavn af behandling forud for resektionsforsøg
Intenderet kurativ behandling	ZPZA02C	Procedure der i sig selv kan opnå chance for helbredelse - uden anvendelse af ekstra modalitet (stråleterapi, onkologi etc) og tilstedeværelse af makroskopisk sygdom
Downstaging	ZPZA02E	Behandling af non-resektabel sygdom, hvor skrumpning kan give mulighed for resektion
Palliativ	ZPZA05	Behandling hvor det ikke anses sandsynlig (90%+) at der kan opnås anden intenderet kurativ behandling ved effekt
Ingen behandling	ZWCM8	

Hjælpesektion for Medicinsk Onkologi

Antineoplastisk behandling

Antineoplastisk behandling skal registreres så ensartet som muligt så behandlingsregimet fremstår.

Behandling registreres med kombinationskoder hvis muligt. Ellers registreres de indgivne enkelte stoffer.

Optræder det indgivne stof ikke i SKS, registreres enten simpel eller kompleks kemoterapi, med SKS ATC-koden (M***).

Kombinationsbehandling

Kombinations koder	**Procedurekode**	**Kommentar**
Behandling med capecitabin+oxaliplatin	BWHA222	CapOx
Behandling med 5-fluorouracil+oxaliplatin	BWHA231	FOLFOX
Behandling med 5-fluorouracil+irinotecan	BWHA233	FOLFIRI
Behandling med fluorouracil + irinotecan + oxaliplatin	BWHA234	FOLFOXIRI/FOLFIRINOX

Enkeltstofbehandling

Enkelt stof koder	Procedurekode	Kommentar
Behandling med oxaliplatin	BWHA108	
Behandling med 5-fluorouracil	BWHA110	
Behandling med capecitabin	BWHA123	
Behandling med irinotecan	BWHA212	
Behandling med cetuximab	BOHJ17	
Behandling med bevacizumab	BOHJ19B1	
Behandling med panitumumab	BOHJ19C2	
Behandling med encorafenib	BWHA446	
Behandling med pembrolizumab	BOHJ19J3	
Behandling med tegafur/uracil	BWHA141	

Behandling med Trifluridin ellerTegafur:

Behandling med Trifluridin/Tegafur	ATC-kode/procedurekode	Kommentar
Trifluridin, kombinationer	ML01BC59 / BWHP147	Lonsurf
Tegafur, kombinationer	ML01BC53 / BWHP146	S1

Behandling af knoglemetastaser

Behandling af knoglemetastaser	Procedurekode	Kommentar
Behandling med bisfosfonat	BWHB40	
Behandling med zoledronsyre	BWHB40A	
Behandling med ibandronsyre	BWHB40B	
Behandling med pamidronat	BWHB40C	
Behandling med denosumab	BWHB42	

Hjælpe sektion til Strålebehandlingsprocedure

Strålingstype (ikke udtømmende)	**Procedurekode**
Konventionel ekstern strålebehandling	BWGC1
Intensitetsmoduleret radioterapi (IMRT)	BWGC4
Individuel konform strålebehandling	BWGC
MR-vejledt strålebehandling	BWGC8

Gives palliativ bestråling ønskes opgivet lokalisation, hvis denne ikke fremgår af den tilknyttede aktionsdiagnose.

Bestrålet lokalisation	**Topografikode** **Tillægskode til procedurerkode**
Rektum	T000751
Cerebrum	T001076
Lunge	T000398
Lever	T000607
Knogle	T000224
Hud	T000010

Ablative/kurative hypofraktioneret behandling

Gives hypofraktioneret kurativt anlagt behandling tilføjes/anvendes

Stereotaktisk strålebehandling	**Procedurekode**
Stereotaktisk strålebehandling af lever	BWGC22
Stereotaktisk strålebehandling af lunger	BWGC23
Cerebral stereotaktisk strålebehandling	BWGC21