

\* = verplicht, \*\* = verplicht door validatie regel

Versie: 2022-09-26 - 1.0.0 (Interne code: dhna-2023)

## Identificatie

### Patiënt identificatie

Zorginstelling *		
Uniek Patiëntnummer *		
Land Burger Service Nummer *	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Duitsland
	<input type="checkbox"/> België	<input type="checkbox"/> Zweden
	<input type="checkbox"/> Anders/Onbekend	
Burger Service Nummer *		

### Naamgegevens

Voorvoegsels	
Geslachtsnaam *	

### Persoonsgegevens

Geboortedatum *		
Geslacht *	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
	<input type="checkbox"/> Ongedifferentieerd	<input type="checkbox"/> Onbekend
Land (Woonadres) *		
Postcode *		
Datum overlijden (indien van toepassing)		

## Verwijzing

Datum eerste afspraak bij dit ziekenhuis: *	
Ziekenhuis *	
Ziekenhuis patiëntnummer *	
Datum verwijzing verwijzer: *	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend

## Patientkenmerken

### Lengte en gewicht

Wat is de lengte van de patiënt? (in cm) *	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat is het gewicht bij intake? (in kg) *	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend

### Roken

Rookt de patiënt? *	<input type="checkbox"/> Nooit gerookt	<input type="checkbox"/> Gestopt met roken
	<input type="checkbox"/> Huidige roker	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aantal pack years: *	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Jaar gestart		
Jaar gestopt		

## Alcoholgebruik

Alcohol *	<input type="checkbox"/> Nooit alcohol gedronken	<input type="checkbox"/> Gestopt met drinken
	<input type="checkbox"/> Huidige drinker	<input type="checkbox"/> Onbekend
Aantal eenheden alcohol per week *	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend
Jaar gestart		
Jaar gestopt		

## Comorbiditeit

### Comorbiditeit

Is er sprake van comorbiditeiten? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er al een ACE-27 score berekend voor de patiënt? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Vul hier de ACE-27 score in: *			
Cardiaal *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Respiratoir *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Kwaadaardig *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Middelenmisbruik *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Neurologisch *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Body weight *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Endocrien systeem *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Gastro-intestinale ziekte *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Renale systeem *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Psychiatrisch *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Reumatologisch *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Immuunsysteem *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

#### Cardiaal

### Cardiaal

Myocard infarct (MI)/Heeft patiënt ooit een hartaanval gehad? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Angina Pectoris/Heeft patiënt ooit een pijnlijk, drukkend gevoel in of op de borst gehad? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Congestief hartfalen (CHF)/Is patiënt kortademig t.g.v. hartlijden? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Ritmestoornissen/Heeft patiënt hartkloppingen of een pacemaker? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Hypertensie *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Veneuze ziekte/Heeft patiënt ooit een trombosebeen of longembolie gehad? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Perifeer arterieel vaatlijden (bijvoorbeeld etalagebenen, bypass operatie, aneurysma)? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke score is van toepassing voor Myocard infarct (MI)/Hartaanval?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor Angina Pectoris?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor Congestief hartfalen (CHF)/kortademigheid t.g.v. hartlijden?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor Ritmestoornissen/ heeft patiënt hartkloppingen of een pacemaker?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor Hypertensie?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

Welke score is van toepassing voor Veneuze ziekte (bijvoorbeeld trombosebeen of longembolie)?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor Perifeer Arterieel Vaatlijden (bijvoorbeeld etalagebenen, bypass operatie arteriën, aneurysma)?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

Respiratoir

#### Respiratoir

Welke score is van toepassing voor respiratoire co-morbiditeit?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
---	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

Kwaadaardig

#### Kwaadaardig

Solide tumoren, oa melanomen *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Leukemie en myeloom *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Lymfoom *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke score is van toepassing voor solide tumoren (oa melanomen)?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor leukemie en myeloom?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor lymfoom?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

Middelenmisbruik

#### Middelenmisbruik

Is er sprake van één van de volgende vormen van middelenmisbruik?

Alcohol *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
(Illegale) Drugs *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke score is van toepassing voor alcohol?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor (illegale) drugs?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

Neurologisch

#### Neurologische morbiditeit

Beroerte (CVA en TIA) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Dementie *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Verlamming (paralyse) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Neuromusculair/heeft patiënt een aandoening aan zenuwen en spieren *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke score is van toepassing voor beroerte?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

Welke score is van toepassing voor dementie?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor verlamming?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor neuromusculaire co-morbiditeit/aandoeningen aan zenuwen en spieren?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

*Body weight*

#### Bodyweight

Is er sprake van obesitas met een BMI >38? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
--	------------------------------	-----------------------------

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

*Endocrien*

#### Endocrien

Welke score is van toepassing voor diabetes mellitus (= suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

*Gastro-intestinale ziekte*

#### Gastro-intestinale ziekte

Is er sprake van één van de volgende co-morbiditeiten?

Lever (bijvoorbeeld chronisch hepatitis, cirrhosis met/zonder portale hypertensie, slokdarmbloeding) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Maag/darmen (bijvoorbeeld maagzweren, chronisch malabsorptiesyndroom/darmziekte) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Pancreatitis (=ontstoken alvleesklier) (bijvoorbeeld acute of chronische pancreatitis) *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke score is van toepassing voor co-morbiditeit aan de lever?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor co-morbiditeit aan de maag/darmen?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
Welke score is van toepassing voor co-morbiditeit aan de pancreas?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

*Renale systeem*

#### Renalesysteem

Welke score is van toepassing voor (terminale) nierziekte?	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 2	<input type="checkbox"/> Graad 1
--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

### De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten

Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.

**Psychiatrisch**

Welke score is van toepassing voor psychiatrische co-morbiditeit?

 Graad 3 Graad 2 Graad 1**De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten***Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.*

Reumatologisch

**Reumatologisch**

Welke score is van toepassing voor reumatologische co-morbiditeit?

 Graad 3 Graad 2 Graad 1**De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten***Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.*

Immuunsysteem

**Immuunsysteem**

Welke score is van toepassing voor HIV/AIDS?

 Graad 3 Graad 2 Graad 1**De overige items binnen co-morbiditeit zullen nu sluiten***Met de reeds ingevulde items is het al mogelijk om de co-morbiditeitsscore in te vullen, hierdoor is het niet nodig dat u de overige items nog invult.***Comorbiditeiten 1****Algemeen**

Datum comorbiditeiten \*

**Cardiaal**

Myocardinfarct Myocardinfarct (ICD-10): I21.x: Acut myocardinfarct I22.x: Recidief myocardinfarct I25.2: Vroeger myocardinfarct

 Nee Ja

Congestief hartfalen Congestief hartfalen (ICD-10): I09.9: Reumatische hartziekte I11.0: Hypertensieve hartziekte met (congestieve) hartdecompensatie I13.0, I32.2: Hypertensieve hart- én nierziekte met (congestieve) hartdecompensatie (én nierinsufficiëntie) I25.5: Ischemische cardiomyopathie I42.0, I42.5-I42.9: Cardiomyopathie met of zonder hartdilatatatie (niet-obstructief en/of d.m.v. uitwendige-agentia) I50.x: Hartdecompensatie P29.0: Neonatale cardiale-insufficiëntie

 Nee Ja

## Pulmonaal

Chronische longziekte  
Chronische longziekte (ICD-10): I27.8: Overige gespecificeerde pulmonale hartziekten  
I27.9: Pulmonale hartziekte, niet-gespecificeerd  
J40.x-J47.x: Chronische aandoeningen van onderste luchtwegen  
J60.x-J67.x: Longaandoeningen door uitwendige agentia  
J68.4: Chronische respiratoire aandoeningen door chemische stoffen, gassen, rook en dampen  
J70.1: Chronische en overige longmanifestaties door (be)straling  
J70.3: Chronische door geneesmiddelen geïnduceerde interstitiële longaandoeningen

Nee

Ja

## Vasculair

Perifeer vaatlijden/aneurysma aorta  
Perifeer vaatlijden/aneurysma aorta (ICD-10): I70.x: Atherosclerose  
I71.x: Aneurysma en dissectie van aorta  
I73.1, I173.8-I73.9: Overige perifere vaatziekten  
I77.1: Strictuur van arterie  
I79.0, I79.2: Aneurysma van aorta of perifere angiopathie bij elders geclassificeerde ziekten  
K55.1, K55.8-K55.9: Vaataandoeningen (chronisch) van darm  
Z95.8-Z95.9: Aanwezigheid van overige gespecificeerde cardiale- en vasculaire-implantaten en transplantaten

Nee

Ja

## Neurologisch

Cerebrovasculaire aandoening (o.a. CVA/TIA)  
Cerebrovasculaire aandoening (ICD-10): G45.x: 'Transient (cerebral) ischaemic attacks' [TIA] en verwante syndromen  
G46.x: Vasculaire syndromen van hersenen bij cerebrovasculaire ziekten  
H34.0: Voorbijgaande afsluiting van retinale arteriën  
I60.x-I69.x: Cerebrovasculaire ziekten

Nee

Ja

Dementie  
Dementie (ICD-10): F00.x-F03.x: Dementie nader gespecificeerd  
F05.1: Delirium, gesuperponeerd op dementie  
G30.x: Ziekte van Alzheimer  
G31.1: Seniele hersendegeneratie, niet elders geclassificeerd

Nee

Ja

Para-/hemiplegie  
Para-/hemiplegie (ICD-10): G04.1: Tropische spastische-paraplegie  
G11.4: Hereditaire spastische-paraplegie  
G80.1-G80.2: Diplegische/Hemiplegische 'cerebral palsy', spastisch  
G81.x: Hemiplegie  
G82.x: Paraplegie en tetraplegie  
G83.0-G83.4, G83.9: Overige paralytische syndromen

Nee

Ja

## Spielen en gewrichten

Bindweefselziekte (o.a. reumatoïde ziekten)  
Bindweefselziekte (ICD-10): M05.x: Seropositieve reumatoïde-artritis  
M06.x: Overige reumatoïde-artritis  
M31.5: Reuscelarteriïtis met 'polymyalgia rheumatica'  
M32.x-M34.x: Systeemziekten van bindweefsel  
M35.1: Overige overgangssyndromen  
M35.3: Polymyalgia rheumatica  
M36.0: Systeemziekten van bindweefsel bij elders geclassificeerde ziekten

Nee

Ja

## Maag-darm-lever

### Gastrointestinaal

ulcuslijdenGastrointestinaal ulcuslijden (ICD-10):K25.x: Ulcus ventriculi K26.x: Ulcus duodeni K27.x: Ulcus pepticum, lokalisatie niet-gespecificeerd K28.x: Ulcus gastrojejunale

Nee

Ja

LeverziekteMilde leverziekte (ICD-10):B18.x: Chronische virushepatitis K70.0-K70.3, K70.9: Alcoholische leverziekten K71.3-K71.5, K71.7: Toxische leverziekte (mild) K73.x: Chronische hepatitis, niet elders geassocieerd K74.x: Leverfibrose en levercirrose K76.0: Vettige leverdegeneratie, niet elders geassocieerd K76.2: Centrale hemorragische-levernecrose K76.3: Leverinfarct K76.4: Peliosis hepatis K76.8: Overige gespecificeerde leverziektenK76.9: Leverziekte, niet-gespecificeerd Z94.4: Aanwezigheid van levertransplantaatErnstige leverziekte (ICD-10):I85.x: Slokdarmvarices I86.4: Varices van maag I98.2: Slokdarmvarices zonder bloeding bij elders geassocieerde ziekten K70.4: Alcoholische leverinsufficiëntie K72.x: Leverinsufficiëntie, niet elders geassocieerd K76.7: Hepatorenale syndroom

Nee

Mild

Ernstig

## Endocrien

Diabetes mellitusGebruik, indien gewenst, externe ziektecategorie (hoofdstuk E10-E14) om specifiek diabetische ziekte te identificeren. De hieropvolgend aangegeven onderverdelingen van subcategoriën zijn bedoeld voor gebruik met de categorieën E10-E14:E10.x: Type-1-diabetes E11.x: Type-2-diabetes E12.x: Diabetes mellitus verband houdend met ondervoeding E13.x: Overige gespecificeerde vormen van diabetes mellitus E14.x: Niet-gespecificeerde diabetes mellitusZonder chronische complicaties (ICD-10):XX.0: Diabetische coma met of zonder ketoacidose XX.1: Diabetische ketoacidose XX.6: Diabetes met anders gespecificeerde complicaties XX.8: Diabetes met ongespecificeerde complicaties XX.9: Diabetes zonder complicatiesMet chronische complicaties (ICD-10):XX.2: Diabetes met renale complicaties XX.3: Diabetes met oogheelkundige complicaties XX.4: Diabetes met neurologische complicaties XX.5: Diabetes met perifere vasculaire complicaties XX.7: Diabetes met multiple complicaties

Nee

Zonder chronische complicaties

Met chronische complicaties

## Urogenitaal

NierziekteNierziekten (ICD-10): I12.0: Hypertensieve nierziekte met nierinsufficiëntie I13.1: Hypertensieve hart- en nierziekte met nierinsufficiëntie N03.2-N03.7: Chronisch nefritisch syndroom N05.2-N05.7: Niet-gespecificeerd nefritisch syndroom N18.x: Chronische nierziekte N19.x: Niet-gespecificeerde nierinsufficiëntie N25.0: Renale osteodystrofie Z49.x: Zorg bij dialyse Z94.0: Aanwezigheid van niertransplantaat Z99.2: Afhankelijkheid van hemodialyse

Nee

Ja

## Infectieziekte

HIV/AIDS Human immunodeficiency virus (HIV) (ICD-10): B20.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot infectieziekten en parasitaire aandoeningen  
 B21.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot maligne neoplasmata  
 B22.x: Ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV] leidend tot overige gespecificeerde ziekten  
 B24.x: Niet-gespecificeerd ziekte door humaan immunodeficiëntievirus [HIV]

 Nee

 Ja

## Maligniteit

Maligniteit (excl. PCC of BCC van de huid of 2e primaire hoofd-hals)

 Nee

 Niet gemetastaseerd

 Gemetastaseerd

## Diagnose

Wat is de locatie van de tumor? \*

 Mondholte

 Orofarynx

 Nasofarynx

 Hypofarynx

 Larynx

 Neusholte en neusbijholten

 Speekselklieren

 Lymfkliermetastasen plaveiselcelcarcinoom van onbekende origine

 Overig

Datum eerste afname histologie of cytologie waarmee de diagnose hoofdhalstumor is bevestigd \*

Ziekenhuis \*

Ziekenhuis patiëntnummer \*

Wat is de performance status aan de hand van WHO/ECOG bij intake? \*

 0 = Normale activiteit

 1 = Symptomatisch, maar ambuland; in staat lichte werkzaamheden uit te voeren

 2 = Meer dan 50% van de tijd overdag ambuland, kan voor zichzelf zorgen. Niet in staat te werken

 3 = Meer dan 50% van de tijd overdag in bed of stoel; kan beperkt voor zichzelf zorgen

 4 = Volledig ziek. Kan niet voor zichzelf zorgen. Volledig bedlegerig of zit gehele dag in stoel

 Onbekend

Histologisch type mondholtetumor (WHO) \*\*

 Plaveiselcelcarcinoom

 Basaloid plaveiselcelcarcinoom

 Spoelcellig plaveiselcelcarcinoom

 Adenosquameus carcinoom

 Verruceus carcinoom

 Lymfo-epitheliaal carcinoom

 Papillair plaveiselcelcarcinoom

 Acantholytisch plaveiselcelcarcinoom

 Anders

 Onbekend

Histologisch type orofarynxtumor (WHO) \*\*

 Plaveiselcelcarcinoom

 Verhoornend plaveiselcelcarcinoom

 Niet verhoornend plaveiselcelcarcinoom

 Basaloid plaveiselcelcarcinoom

 Papillair plaveiselcelcarcinoom

 Verruceus carcinoom

 Spoelcellig plaveiselcelcarcinoom

 Adenosquameus carcinoom

 Acantholytisch plaveiselcelcarcinoom

 Pseudovasculair plaveiselcelcarcinoom

 Basaalcelcarcinoom

 Lymfo-epitheliaal carcinoom

 Kleincellig carcinoom

 Anders

 Onbekend

Histologisch type nasofarynxtumor (WHO) \*\*

 Plaveiselcelcarcinoom

 Nasofaryngeaal carcinoom, subtype verhoornend plaveiselcelcarcinoom

 Nasofaryngeaal carcinoom, subtype niet-verhoornend plaveiselcelcarcinoom

 Nasofaryngeaal carcinoom, subtype basaloid plaveiselcelcarcinoom

 Nasofaryngeaal papillair adenocarcinoom

 Verruceus carcinoom

 Adenosquameus carcinoom

 Acantholytisch plaveiselcelcarcinoom

 Pseudovasculair plaveiselcelcarcinoom

 Basaalcelcarcinoom

 Kleincellig carcinoom

 Anders

 Onbekend

Histologisch type hypofarynxtumor (WHO) \*\*

 Plaveiselcelcarcinoom

 Verruceus carcinoom

 Basaloid plaveiselcelcarcinoom

 Papillair plaveiselcelcarcinoom

 Spoelcellig plaveiselcelcarcinoom

 Adenosquameus carcinoom

 Lymfo-epitheliaal carcinoom

 Anders

 Onbekend



Histologisch type larynxtumor (WHO) **	<input type="checkbox"/> Plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Verruceus carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Basaloid plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Papillair plaveiselcelcarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Spoelcellig plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Adenosquameus carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Lymfo-epitheliaal carcinoom	<input type="checkbox"/> Anders	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Histologisch type neus(bij)holtetumor (WHO) **	<input type="checkbox"/> Plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Verhoornend plaveiselcelcarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Niet verhoornend plaveiselcelcarcinoom	<input type="checkbox"/> Spoelcellig plaveiselcelcarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Lymfo-epitheliaal carcinoom	<input type="checkbox"/> Adenosquameus carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Sinonasaal ongedifferentieerd carcinoom (SNUC)	<input type="checkbox"/> NUT carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Intestinaal type adenocarcinoom	<input type="checkbox"/> Niet-intestinaal type adenocarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Histologisch type speekselklier tumor (WHO) **	<input type="checkbox"/> Mucoepidermoid carcinoom	<input type="checkbox"/> Adenoid cysteus carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Acinaircel carcinoom	<input type="checkbox"/> Polymorf adenocarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Clearcell carcinoom	<input type="checkbox"/> Basaalcel adenocarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoom NOS	<input type="checkbox"/> Speekselklier gang carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Myoepitheliaal carcinoom	<input type="checkbox"/> Epitheliaal-myoepitheliaal carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Carcinoom ex pleiomorf adenoom	<input type="checkbox"/> Secretoir carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Talgklier carcinoom	<input type="checkbox"/> Ongedifferentieerd carcinoom	
	<input type="checkbox"/> Lymfo-epitheliaal carcinoom	<input type="checkbox"/> Plaveiselcelcarcinoom	
	<input type="checkbox"/> Oncocytair carcinoom	<input type="checkbox"/> Anders	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Histologisch type tumor overig (WHO)			
p16-status van de patiënt (HPV-status) *	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Onbekend
EBV-status van de patiënt *	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Onbekend

## Diagnostische ingrepen

Is er een lymfeklierextirpatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is er een sentinel node procedure uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

## Tumor classificatie

cT stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> is	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> 1b
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2a
	<input type="checkbox"/> 2b	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4a
	<input type="checkbox"/> 4b	<input type="checkbox"/> Onbekend
cN stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 2a	<input type="checkbox"/> 2b
	<input type="checkbox"/> 2c	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 3a	<input type="checkbox"/> 3b
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
cM stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Onbekend

## Pathologie

PA laboratorium: *		
PA nummer: *		
Hoe is het pathologie onderzoek gedaan? *	<input type="checkbox"/> Uitgevoerd	<input type="checkbox"/> Gereviseerd
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum pathologie onderzoek: *	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
HPV status bij OPC: *	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief
	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Differentiatiegraad: *	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Onbekend

## MDO en behandelplan

Welk specialisme is verantwoordelijk voor deze patiënt? \*

KNO

MKA

RT

## MDO

Patiënt besproken in MDO? \*

Nee

Ja

Onbekend

Datum van het laatste MDO voor de start van de (eerste) behandeling:

Wat is de opzet van de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling? \*

Curatief

Palliatief

## Coördinatie en Organisatie

Heeft er een uitslaggesprek/slecht nieuws gesprek plaatsgevonden met patiënt of vertegenwoordiger? \*

Nee

Ja

Onbekend

Datum uitslaggesprek/slecht nieuws gesprek: \*

.....

Onbekend

Was hierbij de case manager/oncologisch verpleegkundige aanwezig? \*

Nee

Ja

Onbekend

## Verwijzing diëtist

Is patiënt verwezen naar diëtist? \*

Nee

Ja

Onbekend

Datum eerste afspraak diëtist: \*

.....

Onbekend

## Welke behandeling heeft de patiënt daadwerkelijk gekregen? (let op: het gaat hierom de daadwerkelijk uitgevoerde behandelingen, ook indien uitgevoerd in een ander ziekenhuis)

Chirurgie \*

Nee

Ja

Radiotherapie \*

Nee

Ja

Systemische behandeling \*

Nee

Ja

### Chirurgie

Waar is de chirurgie uitgevoerd?

Dit ziekenhuis

Anders, namelijk HHOC

Anders, namelijk preferred partner

Anders, namelijk ander perifeer ziekenhuis

Onbekend

Ziekenhuis \*

Ziekenhuis patiëntnummer \*

## Resectie primaire tumor.

Resectie primaire tumor

Nee

Ja

Datum resectie primaire tumor.

.....

Onbekend

Ging het om een endoscopische of open primaire resectie?

Open via natuurlijke weg

Open via huidincisie

Endoscopisch, laser

Endoscopisch, robot

Endoscopisch overig (bijv. FESS)

## Halsklierdissectie

Halsklierdissectie enkelzijdig

Nee

Ja

Halsklierdissectie dubbelzijdig

Nee

Ja

Datum van halsklierdissectie

.....

Onbekend

Overig

Nee

Ja

*Uitgebreidheid primaire resectie Het gaat hierbij om welk type resectie is uitgevoerd als 'resectie primaire tumor'. Graag de grootste resectie als eerste invoeren en eventueel aanvullende resecties bij de tweede optieset.*

Resectie primaire tumor - type resectie (1)	<input type="checkbox"/> Mondholte - Lokale resectie (weke delen anders dan tong)	<input type="checkbox"/> Mondholte - Partiële tong resectie (tot hemi orale tong)
	<input type="checkbox"/> Mondholte - (Sub)totale tong resectie (meer dan hemi orale tong, incl. extensie naar tongbasis)	<input type="checkbox"/> Mondholte - Marginale/partiële resectie met marge mandibula (met behoud van continuïteit)
	<input type="checkbox"/> Mondholte - Segmentale mandibula resectie ((sub)totaal, met verlies van continuïteit)	<input type="checkbox"/> Mondholte - Partiële maxilla resectie
	<input type="checkbox"/> Mondholte - (Sub)totale maxilla resectie	<input type="checkbox"/> Farynx - Lokale resectie
	<input type="checkbox"/> Farynx - Totale resectie	<input type="checkbox"/> Larynx - Chordectomie
	<input type="checkbox"/> Larynx - Partiele laryngectomie	<input type="checkbox"/> Larynx - Totale laryngectomie
	<input type="checkbox"/> Neus(bijholten) - Lokale resectie	<input type="checkbox"/> Neusamputatie (partieel of totaal)
	<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Parotidectomie (partieel en totaal)	<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Glandula Submandibularis extirpatie
	<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Glandula Sublingualis extirpatie	<input type="checkbox"/> Extensies - Exenteratio orbitae (verwijderen orbita inhoud)
	<input type="checkbox"/> Extensies - (Partiële) schedelbasisresectie	<input type="checkbox"/> Extensies - Resectie huid (aangezicht / hoofd / hals)
	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing	
	Resectie primaire tumor - type resectie (2)	<input type="checkbox"/> Mondholte - Lokale resectie (weke delen anders dan tong)
<input type="checkbox"/> Mondholte - (Sub)totale tong resectie (meer dan hemi orale tong, incl. extensie naar tongbasis)		<input type="checkbox"/> Mondholte - Marginale/partiële resectie met marge mandibula (met behoud van continuïteit)
<input type="checkbox"/> Mondholte - Segmentale mandibula resectie ((sub)totaal, met verlies van continuïteit)		<input type="checkbox"/> Mondholte - Partiële maxilla resectie
<input type="checkbox"/> Mondholte - (Sub)totale maxilla resectie		<input type="checkbox"/> Farynx - Lokale resectie
<input type="checkbox"/> Farynx - Totale resectie		<input type="checkbox"/> Larynx - Chordectomie
<input type="checkbox"/> Larynx - Partiele laryngectomie		<input type="checkbox"/> Larynx - Totale laryngectomie
<input type="checkbox"/> Neus(bijholten) - Lokale resectie		<input type="checkbox"/> Neusamputatie (partieel of totaal)
<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Parotidectomie (partieel en totaal)		<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Glandula Submandibularis extirpatie
<input type="checkbox"/> Grote speekselklieren - Glandula Sublingualis extirpatie		<input type="checkbox"/> Extensies - Exenteratio orbitae (verwijderen orbita inhoud)
<input type="checkbox"/> Extensies - (Partiële) schedelbasisresectie		<input type="checkbox"/> Extensies - Resectie huid (aangezicht / hoofd / hals)
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing		
PDT		<input type="checkbox"/> Nee

### Level halsklierdissectie

Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level I?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level II?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level III?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level IV?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level V?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie uitgevoerd op level VI?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

### Level halsklierdissectie rechts

Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level I?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level II?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level III?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level IV?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level V?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie rechts uitgevoerd op level VI?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

### Level halsklierdissectie links

Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level I?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
---	------------------------------	-----------------------------

Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level II?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level III?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level IV?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level V?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is de halsklierdissectie links uitgevoerd op level VI?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

### Halsklierdissectie - Is de nXI opgeofferd?

Is de nXI opgeofferd tijdens halsklierdissectie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, beiderzijds
	<input type="checkbox"/> Ja, links	<input type="checkbox"/> Ja, rechts

### Opgeofferde structuren

Zijn er structuren opgeofferd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Welke structuren zijn opgeofferd? - vJI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn opgeofferd? - nXI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn opgeofferd? - mSCM	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn opgeofferd? - Overig	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

### Opgeofferde structuren rechts

Zijn er structuren aan de rechterkant opgeofferd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Welke structuren zijn aan de rechterkant opgeofferd? - vJI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de rechterkant opgeofferd? - nXI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de rechterkant opgeofferd? - mSCM	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de rechterkant opgeofferd? - Overig	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

### Opgeofferde structuren links

Zijn er structuren aan de linkerkant opgeofferd?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Welke structuren zijn aan de linkerkant opgeofferd? - vJI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de linkerkant opgeofferd? - nXI	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de linkerkant opgeofferd? - mSCM	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Welke structuren zijn aan de linkerkant opgeofferd? - Overig	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

### Reconstructie

Reconstructie na ablatieve chirurgie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Welk type reconstructie is gebruikt (niet voor donorsite)?	<input type="checkbox"/> Vrije lap	<input type="checkbox"/> Gesteelde lap
	<input type="checkbox"/> Lokale transpositie	<input type="checkbox"/> Huidtransplantatie ongevasculariseerd
	<input type="checkbox"/> Primair sluiten	<input type="checkbox"/> Overig, namelijk
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Welke reconstructie is gebruikt voor reconstructie (niet voor donorsite)? Overig, namelijk:		
Welke vrije lap is gebruikt voor reconstructie?	<input type="checkbox"/> Radial forearm flap	<input type="checkbox"/> Anterolaterale dijlap
	<input type="checkbox"/> Fibula (+/- huideiland)	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Welke vrije lap is gebruikt voor reconstructie? Anders, namelijk:		

## Verwijzing fysiotherapeut

Is de patiënt beoordeeld door fysiotherapeut?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum beoordelen fysiotherapie:	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		

## Pathologische tumor classificatie (pTNM)

pT stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0	
	<input type="checkbox"/> is	<input type="checkbox"/> 1	
	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> 1b	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2a	
	<input type="checkbox"/> 2b	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4a	
	<input type="checkbox"/> 4b	<input type="checkbox"/> Onbekend	
pN stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 2a	<input type="checkbox"/> 2b	
	<input type="checkbox"/> 2c	<input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/> 3a	<input type="checkbox"/> 3b	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
p16-status van de patiënt (HPV-status) *	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Onbekend
EBV-status van de patiënt *	<input type="checkbox"/> Negatief	<input type="checkbox"/> Positief	<input type="checkbox"/> Onbekend
pM stadium van de primaire tumor volgens TNM8 *	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> 0	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Onbekend	

### Postoperatief beloop

Datum ontslag primaire opname OK	
Heeft er een ongeplande her-operatie plaatsgevonden (binnen 30 dagen na chirurgie)? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, i.v.m. een complicatie <input type="checkbox"/> Ja, i.v.m. een irradicale resectie <input type="checkbox"/> Onbekend
Datum heroperatie *	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een ongeplande ziekenhuisopname geweest na operatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Datum opname	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum ontslag	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Zijn er complicaties opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een nabloeding opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graad CD1: Alleen hematoom /compressie
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD2: Conservatief met transfusie <input type="checkbox"/> Ja, graad CD3: Herexploratie Algehele Anesthesie
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD4: Levensbedreigende bloeding met noodzaak tot intensive care behandeling <input type="checkbox"/> Ja, graad CD5: Sterfte
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum optreden nabloeding	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een chyluslekkage opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graad CD1: Conservatief, punctie
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD2: Parenterale voeding <input type="checkbox"/> Ja, graad CD3: Heringreep Algehele Anesthesie
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD4: Levensbedreigend met noodzaak tot intensive care behandeling <input type="checkbox"/> Ja, graad CD5: Sterfte
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum optreden chyluslekkage	<input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een wondinfectie opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graad CD1: conservatief; lokale ontlasting van geïnfecteerd hematoom inclusief incisie en drainage
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD2: Langer (dan profylactisch gebruik) antibiotica voorgeschreven <input type="checkbox"/> Ja, graad CD3: Heringreep Algehele Anesthesie
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD4: Septicaemie met noodzaak tot intensive care behandeling <input type="checkbox"/> Ja, graad CD5: Sterfte
	<input type="checkbox"/> Onbekend

Datum optreden wondinfectie	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Is er een wonddehiscentie opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD1: Enkele losse hechtingen	
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD2: Locale tamponnade / secundaire granulatie	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD3: Heringreep Algehele Anesthesie	
	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD4: Levensbedreigend met noodzaak tot intensive care behandeling	<input type="checkbox"/> Ja, graad CD5: Sterfte	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Datum optreden wonddehiscentie	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Is er sprake van falen van reconstructie binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, graad G1: Alleen anastomose revisie met volledig herstel	
	<input type="checkbox"/> Ja, graad G2: gedeeltelijk verlies zoals randnecrose lap met sec granulatie; kleine revisiechirurgie bv her-plaatfixatie	<input type="checkbox"/> Ja, graad G3: totaal verlies van de reconstructie	
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Datum falen van reconstructie	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Is er fistelvorming opgetreden binnen 30 dagen na de eerste ingreep?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Datum fistelvorming	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
<i>Systemische behandeling</i>			
Waar is de systemische behandeling uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Dit ziekenhuis		<input type="checkbox"/> Anders, namelijk HHOC
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk preferred partner		<input type="checkbox"/> Anders, namelijk ander perifeer ziekenhuis
	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Ziekenhuis *			
Ziekenhuis patiëntnummer *			
Datum start eerste systemische behandeling:	<input type="checkbox"/> .....		
	<input type="checkbox"/> Onbekend		

### Systemische behandeling 1

Behandeling systemische therapie: - 1 : Type	<input type="checkbox"/> Cisplatin	<input type="checkbox"/> Carboplatin
	<input type="checkbox"/> Cetuximab	<input type="checkbox"/> 5-FU
	<input type="checkbox"/> Docetaxel	<input type="checkbox"/> Nivolumab
	<input type="checkbox"/> Ipilimumab	<input type="checkbox"/> Avelumab
	<input type="checkbox"/> Overig	<input type="checkbox"/> Onbekend
Behandeling systemische therapie: - 1 : Cumulatieve dosis (mg/m2)		

### Systemische behandeling 2

Behandeling systemische therapie: - 2 : Type	<input type="checkbox"/> Cisplatin	<input type="checkbox"/> Carboplatin
	<input type="checkbox"/> Cetuximab	<input type="checkbox"/> 5-FU
	<input type="checkbox"/> Docetaxel	<input type="checkbox"/> Nivolumab
	<input type="checkbox"/> Ipilimumab	<input type="checkbox"/> Avelumab
	<input type="checkbox"/> Overig	<input type="checkbox"/> Onbekend
Behandeling systemische therapie: - 2 : Cumulatieve dosis (mg/m2)		

### Systemische behandeling 3

Behandeling systemische therapie: - 3 : Type	<input type="checkbox"/> Cisplatin	<input type="checkbox"/> Carboplatin
	<input type="checkbox"/> Cetuximab	<input type="checkbox"/> 5-FU
	<input type="checkbox"/> Docetaxel	<input type="checkbox"/> Nivolumab
	<input type="checkbox"/> Ipilimumab	<input type="checkbox"/> Avelumab
	<input type="checkbox"/> Overig	<input type="checkbox"/> Onbekend
Behandeling systemische therapie: - 3 : Cumulatieve dosis (mg/m2)		
Was er sprake van neoadjuvante systemische behandeling?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Volgorde chemoradiotherapie	<input type="checkbox"/> Concomitant	<input type="checkbox"/> Sequentieel
Heeft de patiënt de systemische behandeling afgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, maar met dosisreductie
	<input type="checkbox"/> Nee, vanwege besluit arts(en)	<input type="checkbox"/> Nee, wil van de patiënt
	<input type="checkbox"/> Nee, patiënt overleden	<input type="checkbox"/> Onbekend

Datum laatste systemische therapie:	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend
<i>Radiotherapie</i>		
Waar is de radiotherapie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> Dit ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk HHOC
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk preferred partner	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk ander perifeer ziekenhuis
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Datum eerste bestraling:	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend

## Dosis

Profylactische fractiedosis PTV	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Profylactische Totaaldosis PTV	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Therapeutische fractiedosis PTV	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Therapeutische Totaaldosis PTV	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Totaal aantal bestralingsfracties:	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Nvt	<input type="checkbox"/> Onbekend
Was er sprake van brachytherapie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Is er voor start radiotherapie een focus onderzoek uitgevoerd door een tandheelkundig team?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> N.v.t. patiënt heeft een T1 glottiscarcinoom	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum eerste afspraak tandheelkundig team	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Heeft de patiënt de behandeling met radiotherapie conform plan afgemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, maar met dosisreductie	
	<input type="checkbox"/> Nee, vanwege besluit arts(en)	<input type="checkbox"/> Nee, wil van de patiënt	
	<input type="checkbox"/> Nee, patiënt overleden	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Datum laatste bestraling:	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Is er acute toxiciteit opgetreden <3 maanden na laatste radiotherapie?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Xerostomie, hoogste graad volgens CTCAEv4.0	<input type="checkbox"/> Graad 1	<input type="checkbox"/> Graad 2	
	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 4	
	<input type="checkbox"/> Graad onbekend		
Blijvend letsel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Dysfagie, hoogste graad volgens CTCAEv4.0	<input type="checkbox"/> Graad 1	<input type="checkbox"/> Graad 2	
	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 4	
	<input type="checkbox"/> Graad onbekend		
Blijvend letsel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Radiatie dermatitis, hoogste graad volgens CTCAEv4.0	<input type="checkbox"/> Graad 1	<input type="checkbox"/> Graad 2	
	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 4	
	<input type="checkbox"/> Graad onbekend		
Blijvend letsel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Mucositis, hoogste graad volgens CTCAEv4.0	<input type="checkbox"/> Graad 1	<input type="checkbox"/> Graad 2	
	<input type="checkbox"/> Graad 3	<input type="checkbox"/> Graad 4	
	<input type="checkbox"/> Graad onbekend		
Blijvend letsel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

## Fysiotherapie

Volgnummer paramedische zorg *	
--------------------------------	--

**Deze sectie dient ingevuld te worden voor alle patiënten die een in opzet curatieve behandeling met een enkel- of dubbelzijdige halskliedissectie hebben ondergaan.**

Ziekenhuis *	
Ziekenhuis patiëntnummer *	

Is er een postoperatieve beoordeling geweest op schouderfunctie en zenuwuitval (NXI) door de fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is er een postoperatieve beoordeling geweest op functie van de cervicale wervelkolom door de fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend

*Logopedie*

**Deze sectie dient ingevuld te worden voor alle patiënten die een in opzet curatieve operatie hebben ondergaan.**

Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Is de patiënt pre-operatief gezien door de logopedist?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, ivm voorlichting
	<input type="checkbox"/> Ja, ivm interventie	<input type="checkbox"/> Ja, ivm baseline meting
	<input type="checkbox"/> Ja, ivm voorlichting en baseline meting	<input type="checkbox"/> Ja, ivm voorlichting, baseline meting en interventie
	<input type="checkbox"/> Nee, maar wel door een niet HHO-gespecialiseerde logopedist	<input type="checkbox"/> N.v.t. (geen indicatie o.b.v. de ingreep)
Is patiënt voor ontslag gezien door een HHO-logopedist?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, slikrevalidatie
	<input type="checkbox"/> Ja, stemrevalidatie	<input type="checkbox"/> Ja, articulatie
	<input type="checkbox"/> Ja, trismus	<input type="checkbox"/> Ja, spraakrevalidatie TLE
	<input type="checkbox"/> Ja, reukrevalidatie TIE	<input type="checkbox"/> Ja, slikrevalidatie en stemrevalidatie
	<input type="checkbox"/> Ja, slik-, spraak- en stemrevalidatie	<input type="checkbox"/> Ja, i.v.m. voorlichting over hulpmiddelen
	<input type="checkbox"/> Nee, maar wel door een niet HHO-gespecialiseerde logopedist	<input type="checkbox"/> N.v.t. (geen indicatie o.b.v. de ingreep)

*Mondzorg*

**Deze sectie dient ingevuld te worden voor alle patiënten die in opzet curatieve radiotherapie ondergaan.**

Op welke datum is er een consult met de mondhygiënist geweest voor start radiotherapie?		
Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Zijn er fluoride kappen aangemeten?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nee, wel aanvullende fluoride toediening	<input type="checkbox"/> N.v.t. (patiënt heeft geen tanden/kiezen)
	<input type="checkbox"/> Onbekend	

*Psychologische zorg*

Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Datum psychologische signalering voor behandeling	<input type="checkbox"/> .....	
	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Uitslag signalering:	<input type="checkbox"/> Laag risico	<input type="checkbox"/> Hoog risico
	<input type="checkbox"/> Onbekend	

*Voedingszorg*

Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Op welke datum is er diagnostiek door dietist uitgevoerd?		
Wat was de uitslag van de screening op ondervoeding bij eerste polibezoek?	<input type="checkbox"/> Laag risico	<input type="checkbox"/> Matig risico
	<input type="checkbox"/> Hoog risico	<input type="checkbox"/> Onbekend
Welke mate van ondervoeding is door de diëtist vastgesteld o.b.v. de GLIM criteria?"	<input type="checkbox"/> Geen sprake van ondervoeding	<input type="checkbox"/> Matige ondervoeding
	<input type="checkbox"/> Ernstige ondervoeding	<input type="checkbox"/> Onbekend (diagnostiek niet uitgevoerd)

**Follow up medici**

Datum waarop de patiënt voor het laatst gezien is voor follow-up: *		
Ziekenhuis *		
Ziekenhuis patiëntnummer *		
Is er tumorweefsel geconstateerd sinds behandeling in de vorm van een tumor lokaal, tumor regionaal, afstandsmetastase of 2e primaire tumor? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend



## Geef aan welke vorm(en) van toepassing is/zijn

Tumor lokaal *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Incidentie tumor lokaal *			
Tumor regionaal *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Incidentie datum tumor regionaal *			
Afstandsmetastase *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Incidentie datum afstandsmetastase *			
2e primaire tumor in het hoofd-halsgebied *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Incidentie datum 2e primaire hoofd-halstumor *			
Is het pathologisch bevestigd? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is het radiologisch bevestigd? *	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Overlevingsstatus *	<input type="checkbox"/> NED: No evidence of disease	<input type="checkbox"/> AWD: Alive with disease	
	<input type="checkbox"/> DOD: Dead of disease	<input type="checkbox"/> DOC: Dead of other causes	
	<input type="checkbox"/> DTC: Dead of treatment complications	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Op welke datum is de status bepaald bij de patiënt? *	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Wat is de datum van overlijden? *	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	

## COVID-19 module

### Generieke COVID-19 module

Was er in de periode voor de opname tot 30 dagen na de opname sprake van een (klinische) verdenking of een test op een SARS-CoV-2 besmetting?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Opnamedatum of, indien niet beschikbaar, datum behandeling *			
Is patiënt getest op een SARS-CoV-2 besmetting door middel van een CT-thorax, RT-PCR of een andere specifieke labtest?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de datum van de eerste verdenking op SARS-CoV-2 besmetting? [ICD-10: U07.2 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Geen verdenking	<input type="checkbox"/> Onbekend
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de datum van de eerste specifieke test op SARS-CoV-2 besmetting? [ICD-10: U07.1 of U07.2 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de datum van de eerste positieve labtest op SARS-CoV-2? [ICD-10: U07.1 datum]	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Geen positieve test	<input type="checkbox"/> Onbekend
Indien onbekend: Was dit voor de behandeling of tijdens/na de behandeling?	<input type="checkbox"/> Voor start behandeling	<input type="checkbox"/> Tijdens / na de behandeling	<input type="checkbox"/> Onbekend
Wat was de uiteindelijke status ten aanzien van SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 uitgesloten middels labtest (PCR, serologie)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 verdenking, maar niet aangetoond d.m.v. labtest [ICD-10: U07.2]	
	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 vastgesteld middels CT scan (CORADS score 4/5)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 vastgesteld middels labtest (PCR, serologie) [ICD-10: U07.1]	