

MALIGNE ENDOKRINE TUMOREN GPOH-MET-Register

Studienleitung: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
 Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 6724244, Fax: (0391) 67290044, gpoh-met@med.ovgu.de

**Jährliche Stuserhebung Differenzierte Schilddrüsenkarzinome (DTC)**

Name, Vorname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
 _____ (1=m, 2=w) _____ (TT.MM.JJJJ)
 Pat.Nr. (Klinik) _____ Klinik (DKKR) _____ MaligID (DKKR) _____ GPOH-PID _____
 _____ _____ _____ _____

Datum der letzten Untersuchung: _____ **letzte Meldung an Studienzentrale:** _____

Diagnose: papilläres Schilddrüsenkarzinom (PTC) follikuläres Schilddrüsenkarzinom (FTC)

Zustand des Patienten: Vollremission Teilremission Stillstand Tumorprogress in Therapie Tod

Therapie seit letzter Stuserhebung: keine Radioiodtherapie OP: _____ andere: _____

Rezidiv / Metastasen: Ja, Datum des Auftretens: _____

Nein Lymphknoten zervikal andere, wo: _____
 Lunge Leber sonstige, wo: _____

Therapie: Nein Ja, welche (Epikrise erbeten): _____

Zweitremission: Nein Ja, wann: _____ OP: Ja: bitte OP-Bericht!

Zweitumor: Ja, wann: _____ Diagnose: _____

Nein Lokalisation: _____ Therapie: _____

Spätfolgen: Ja: Rekurrensparese /Dysphonie; letzte Untersuchung HNO: _____ bitte Befunde!

Nein Hypoparathyreoidismus andere: _____

Aktuelle Laborwerte: Datum der Abnahme: _____ Einheiten gegebenenfalls spezifizieren !

Nein TSH: _____ mU/l fT4: _____ pmol/l Thyreoglobulin (TG): _____ ng/ml
 Calcium: _____ mmol/l PTH: _____ pg/ml TG-Wiederfindung: _____ %

Aktuelle Bildgebung: unauffällig patholog. Bemerkungen

keine Sonographie: _____ _____
 MRT, CT: _____ _____
 PET/CT, Tracer?: _____ _____
 Iod-GK-Szintigraphie: _____ _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg **Körperlänge:** _____ cm

Hormonsubstitution: Nein Ja, L-Thyroxin _____ µg Ja, weitere: _____

Calciumsubstitution: Nein Ja Vitamin D-Substitution: Nein Ja

sonstige Medikation: Nein Ja, welche: _____

Bei Verstorbenen: Sterbedatum: _____ Autopsie: Nein Ja, bitte Autopsiebefund !

Todesursache: bedingt durch Primärtumor bedingt durch Therapie bedingt durch Rezidiv
 bedingt durch Metastase Tumorabhängigkeit nicht sicher abzuklären andere Todesursache: _____

Nachsorge in anderer Klinik /Praxis: Nein Ja, wo: _____

Aus der Betreuung verloren: Nein Ja, Datum: _____ Grund: _____

Bitte Epikrisen der Behandlungen des letzten Jahres beilegen!

Bemerkungen:

Stempel

Datum

Unterschrift