

MALIGNEN ENDOKRINEN 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 Medulläre Schilddrüsenkarzinome (MTC) / C-Zell Hyperplasien (CCH)**

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

Datum der letzten Untersuchung: ____/____/____ letzte Meldung an Studienzentrale: ____/____/____

Zustand des Patienten: Vollremission Teilremission Stillstand Tumorprogress in Therapie Tod

Therapie seit letzter Stuserhebung: OP Targeted Therapy Somatostatinanaloga
 keine

Rezidiv / Metastasen: Ja, Datum des Auftretens: ____/____/____

Nein Lokalisation: 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 Calcitonin: _____ pg/ml CEA: _____ ng/ml Calcium: _____ mmol/l
 Parathormon: _____ pg/ml TSH: _____ mU/l fT4: _____ pmol/l

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

Targeted Therapie: Nein Ja, welche: _____

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