

**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 Phäochromozytome / Paragangliome (PCC)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 ( 1=m, 2=w ) (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  
**Beschwerden:**  Schwitzen  Kopfschmerz  Schwindel  Epistaxis  verminderte Belastbarkeit  
 keine

**Bildgebung:** o.p.B. pathol. Bemerkungen  
 keine  Sonographie:   \_\_\_\_\_  
 MRT, CT:   \_\_\_\_\_  
 Szintigraphie, PET/CT:   \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

**Therapie seit letzter Stuserhebung:**  OP  Strahlentherapie  Chemother.  Somatostatinanaloga  MIBG-Ther.  
 keine

**Rezidiv / Metastasen:**  Ja, Lokalrezidiv: Datum des Auftretens: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Nein  Ja, Fernmetastasen: Datum des Auftretens: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
 Lunge  Leber  Lymphknoten, wo: \_\_\_\_\_  
 sonstige, wo: \_\_\_\_\_  
 Therapie/OP:  Nein  Ja, welche (Epikrise erbeten): \_\_\_\_\_  
 Zweitremission:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  OP: Ja: bitte OP-Bericht!

**Zweitumor:**  Ja, wann: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Diagnose: \_\_\_\_\_  
 Nein  Lokalisation: \_\_\_\_\_  Therapie: \_\_\_\_\_

**Spätfolgen:**  Ja:  NNR-Insuffizienz  
 Nein  andere: \_\_\_\_\_

**Aktuelles Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg **Körperlänge:** \_\_\_\_\_ cm

**Aktuelle Laborwerte:** Datum der Abnahme: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| oB = normal ; ↑↑ = erhöht ; n.d. = nicht durchgeführt

Nein

	Serum			Spontanurin			Sammelurin		
	oB	↑↑	n.d.	oB	↑↑	n.d.	oB	↑↑	n.d.
Adrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noradrenalin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanephrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normetanephrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hormonsubstitution:**  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