

ERSTERHEBUNG HIT-REZ-97

<u>KLINIK /Stempel</u>	<u>Patientenetikett</u>
------------------------	-------------------------

Pat.-Nr.: _____ Klinik: _____ Geschlecht: _____ IMSD-Nr.: _____
 (m:1; w:2)

Das schriftliche Einverständnis zur maschinellen Verarbeitung der Patienten-Daten

- liegt vom Patienten vor (zwingend bei mind. 16-jährigen oder vorhandener Einsichtsfähigkeit jüngerer Patienten)
- liegt vom Sorgeberechtigten vor
- wurde verweigert
- konnte noch nicht eingeholt werden.

Ventrikulärer Zugang: ja nein
 Rickham-Reservoir Datum: __ . __ . ____
 Ommaya-Reservoir Datum: __ . __ . ____

VP/VA-Shunt: ja nein Datum: __ . __ . ____

Duallumiger ZVK: ja nein Datum: __ . __ . ____

Primärbehandlung:

Erstdiagnose: _____ // Erstdiagnose-Datum: __ . __ . ____

Lokalisation: _____ // Seitenangabe: re li

Histologie (Referenzpathologe): _____ // Malignitätsgrad (WHO): _____

Metastasen: ja nein
 M1 (CSF) M2 (cerebral) M3 (spinal)
 M4 (Fernmet.) M5 (Meningeosis, radiologischer Nachweis)

Operation: ja nein
 total subtotal Teilresektion Biopsie
 Datum der Operation: __ / __ / ____

Chemotherapie: ja nein

Protokoll/Medikation/Anzahl der Zyklen/Dauertherapie/Datum/Klinik:

Radiatio: ja Datum: __ . __ . ____ / __ . __ . ____ nein
 Tumorbett // Gy: _____
 Hintere Schädelgrube // Gy: _____
 Kranio-spinal // Gy: _____
 Sonstige // Gy: _____ (Freitext) _____

Status nach Ersttherapie:
 CR PR >50% MR 50-25%
 SD <25% PD >25% oder Neumanifestation

Spätfolgen / bleibende neurologische Defizite:

Bitte Arztbriefe über frühere Behandlungen beilegen!

ERSTERHEBUNG HIT-REZ-97

Name, Vorname des Patienten: _____

Geb.-Datum: _____

Anzahl der früheren Rezidive: _____

(Bei mehr als 2 Rezidiven bitte diesen Bogen kopieren und ausfüllen)

1. Rezidiv

Rezidivdiagnose: _____ // Rezidivdiagnose-Datum: ____ . ____ . ____

Lokalisation: _____ // Seitenangabe: re li

Histologie (Referenzpathologe): _____ // Malignitätsgrad (WHO): _____

Metastasen: ja nein
 M1 (CSF) M2 (cerebral) M3 (spinal)
 M4 (Fernmet.) M5 (Meningeosis, radiologischer Nachweis)

Operation: ja nein
 total subtotal Teilresektion Biopsie
 Datum der Operation: __ / __ / ____

Chemotherapie: ja nein

Protokoll/Medikation/Anzahl der Zyklen/Dauertherapie/Datum/Klinik:

Radiatio: ja nein Datum: ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____
 Tumorbett // Gy: _____ Hintere Schädelgrube // Gy: _____
 Kranio-spinal // Gy: _____
 Sonstige // Gy: _____ (Freitext) _____

Status nach Rezidivtherapie:
 CR PR >50% MR 50-25%
 SD <25% PD >25% oder Neumanifestation

2. Rezidiv

Rezidivdiagnose: _____ // Rezidivdiagnose-Datum: ____ . ____ . ____

Lokalisation: _____ // Seitenangabe: re li

Histologie (Referenzpathologe): _____ // Malignitätsgrad (WHO): _____

Metastasen: ja nein
 M1 (CSF) M2 (cerebral) M3 (spinal)
 M4 (Fernmet.) M5 (Meningeosis, radiologischer Nachweis)

Operation: ja nein
 total subtotal Teilresektion Biopsie
 Datum der Operation: __ / __ / ____

Chemotherapie: ja nein

Protokoll/Medikation/Anzahl der Zyklen/Dauertherapie/Datum/Klinik:

Radiatio: ja nein Datum: ____ . ____ . ____ / ____ . ____ . ____
 Tumorbett // Gy: _____ Hintere Schädelgrube // Gy: _____
 Kranio-spinal // Gy: _____
 Sonstige // Gy: _____ (Freitext) _____

Status nach Rezidivtherapie:
 CR PR >50% MR 50-25%
 SD <25% PD >25% oder Neumanifestation

ERSTERHEBUNG HIT-REZ-97

Name, Vorname des Patienten:

Geb.-Datum:

AKTUELLES REZIDIV:

Rezidivdiagnose-Datum: __ . __ . ____

Lokalisation: _____ // Seitenangabe: re li

Metastasen: ja nein
 M1 (CSF) M2 (cerebellär) M3 (spinal)
 M4 (Fernmet.) M5 (Meningeosis, radiologischer Nachweis)

Diagnostik

Liquor lumbal: ja nein Liquor ventrikulär: ja nein
Tumorzellen: ja nein Tumorzellen: ja nein
Zellzahl: _____/µl Zellzahl: _____/µl

Beurteilung durch Referenzpathologie erfolgt: ja nein
(Beurteilung bitte in Kopie beifügen)

Knochenmarkspunktion: ja nein
 positiv negativ

Bildgebung

MR cranial: ja nein MR spinal: ja nein
 positiv negativ positiv negativ
Skelettszintigraphie: ja/Befund _____ nein
Andere Bildgebung (z.B. Octreotidszintigramm): ja nein
Welche: _____ Ergebnis: _____

Beurteilung durch Referenzradiologie erfolgt: ja nein
(Beurteilung bitte in Kopie beifügen)

Bisher aktuell erfolgte Therapie

Operation: ja nein
 total subtotal Teilresektion Biopsie
Datum der Operation: __ / __ / ____
Radiatio: ja Datum: __ . __ . ____ / __ . __ . ____ nein
 Tumorbett // Gy: _____ Hintere Schädelgrube // Gy: _____
 Kranio-spinal // Gy: _____
 Sonstige // Gy: _____ (Freitext) _____

Chemotherapie: ja nein

Protokoll/Medikation/Anzahl der Zyklen/Dauertherapie/Datum/Klinik:

Weitere Therapieplanung

HIT-REZ-97-Protokoll: ja nein
 HD-Arm Phase I/II VP16 intraventrikulär
 CT-Arm DOK-Arm
Stammzellseparation geplant? ja/wo _____ nein

Andere Therapieplanung: ja/welche _____
 nein

Absender (Klinikstempel)

Ansprechpartner: _____
Tel./Fax: _____

Datum

Unterschrift