Anmeldung Tumorboard Harnblasenkarzinom

KS_URO_CL_028

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

anhand der Informationen in diesem Formular wird die Tumorboard-Anmeldung für den von Ihnen zugewiesenen Patienten durchgeführt. Mit der Bitte um vollständige und korrekte Befüllung! Anmeldeschluss für das wöchentlich am Dienstag stattfindende Tumorboard ist jeweils Donnerstag der Vorwoche. Bitte stellen Sie den Patienten mit dem vollständig ausgefüllten Formular vor!

Patientendaten (Name, Geburtsdatum):

Grund der Vorstellung (Exakte Fragestellung an das Tumorboard):

Patientendaten (Name, Geburtsdatum)**:**

Grund der Vorstellung (Exakte Fragestellung an das Tumorboard):

Erstbefund?: □ **ja** □ **nein**

Zystoskopie durchgeführt: □ **ja** (wenn ja, wann? □ **nein**

Befund: **Harnzytologie:** □ **ja** (wenn ja, wann? □ **nein**

Befund

Rezentes CT Thorax/Abdomen durchgeführt: □ **ja** (wenn ja, wann? □ **nein**

Befund**Datum primäre TUR-B:**

Histopathologisches Stadium nach primärer TUR-B:

Datum letzte TUR-B:

Histopathologisches Stadium nach letzter TUR-B:

Primäre radikale Zystoprostatektomie mit Harnableitung?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Art der Harnableitung:

Anmeldung Tumorboard Harnblasenkarzinom

KS_URO_CL_028

Neoadjuvante Chemotherapie?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Neoadjuvante Immuntherapie?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Adjuvante Chemotherapie?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Adjuvante Immuntherapie?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Adjuvante Radiotherapie?: □ **ja** (wenn ja, wann?, □ **nein**

Primäre Radiochemotherapie (wenn ja, wann?, Dosis (Gy)?): ☐ ja ☐ nein

BCG intravesikal: ☐ ja ☐ nein
seit / bzw. von/bis:

Immucothel intravesikal ☐ ja ☐ nein
seit / bzw. von/bis:

Mitomycin C intravesikal: ☐ ja ☐ nein
seit / bzw. von/bis: Datum

Synergo intravesikal: ☐ ja ☐ nein
seit / bzw. von/bis:

Epirubicin: ☐ **ja** ☐ **nein**
seit / bzw. von/bis: Datum

Kreatinin-Wert (mg/dl):

Internistische Ko-Morbiditäten:

ECOG-Performance Status:

Karnofsky-Index (%):

Aktueller PSA-Wert (ng/ml):

-

Änderungen

Datum	Version	Änderung
02.04.2024	01	Erstellung, erste freigegebene, gültige Version (Ersteller: Felsner M.; Freigeber und Prüfer: Grubmüller B.A.)

Bei Kopien und Ausdrucken ist die Aktualität des Dokuments nicht gewährleistet!