

Primärfall

Patientendaten (Maligne Tumore des Ovars)

Patientendaten

Freigabe für? Tumorkonferenz Zweitmeinung. Wer soll die Antwort geben?

Initialen _____ Geburtsjahr _____ Datum der Erstdiagnose _____ Alter bei Erstdiagnose _____
Einschlussdiagnose _____

Malignom in der Anamnese? nein nicht bekannt ja, wenn ja

Erkrankung 1 _____ Jahr der Erkrankung 1 _____
Erkrankung 2 _____ Jahr der Erkrankung 2 _____

Liegen relevante Begleiterkrankungen vor? nein ja, wenn ja

Erkrankung 1 _____
Erkrankung 2 _____
Erkrankung 3 _____
Erkrankung 4 _____
Erkrankung 5 _____
Erkrankung 6 _____
Erkrankung 7 _____
Erkrankung 8 _____
Erkrankung 9 _____
Erkrankung 10 _____

Primäroperation

Operationsdatum _____ Präoperativer Tumormarker erhöht? _____ Tumorrest _____

Tumorbefall	Tumorrest verblieben?	Tumorbefall	Tumorrest verblieben?	Tumorbefall	Tumorrest verblieben?
<input type="checkbox"/> Ovar <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aszites intraoperativ, wenn ja _____ ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dünndarm	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tube <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diffuse Peritonealkarzinose <input type="checkbox"/> grobknotig <input type="checkbox"/> feinknotig <input type="checkbox"/> nicht evaluiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dickdarm	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milz	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zwerchfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vaginalstumpf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Beckenwand	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leberserosametastasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omentum majus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mesenterium	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blase/Ureter(wand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bursa omentalis/Pankreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchwandmetastasen	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte spezifizieren _____					<input type="checkbox"/>

Anzahl extirpierter Lymphknoten _____ pelvin n.b. _____ paraaortal n.b. _____ mesenterial n.b.
Anzahl befallener Lymphknoten _____ pelvin n.b. _____ paraaortal n.b. _____ mesenterial n.b.

Histologie (postoperativ)

Datum histologische Diagnose _____ endgültiges FIGO-Stadium _____

Histologie _____
Veneninvasion _____
Lymphgefäßinvasion _____
Grading _____
pTNM-Stadium pT _____ pN _____ M _____

Primärfall

Zustand nach (OP-Prozeduren)

<input type="checkbox"/> Hysterektomie	<input type="checkbox"/> Dünndarmresektion	<input type="checkbox"/> Omentektomie	<input type="checkbox"/> Appendektomie
<input type="checkbox"/> Pelvine Lymphonodektomie	<input type="checkbox"/> Dickdarmresektion	<input type="checkbox"/> Anus praeter	(auch unabhängig vom Ovarial-Ca)
<input type="checkbox"/> Paraaortale Lymphonodektomie	<input type="checkbox"/> Adnektomie	<input type="checkbox"/> Ileostoma	

Therapien

Therapien (hier nur neoadjuvante Therapien)

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja nein Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____

Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad
