

Rezidivfall

Patientendaten (Maligne Tumore des Ovars)

Patientendaten

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

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

Einschlussdiagnose _____

Platinresistenz (Rezidivfreies Intervall seit dem Ende der Primärtherapie) _____

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"/>
<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 _____

Rezidivfall

1. Rezidivoperation

Operationsdatum _____ Tumorrest _____

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 _____

2. Rezidivoperation

Operationsdatum _____ Tumorrest _____

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 _____

3. Rezidivoperation

Operationsdatum _____ Tumorrest _____

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 _____

4. Rezidivoperation

Operationsdatum _____ Tumorrest _____

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 _____

Rezidivfall

Tumorbefall und Tumorrest bei der letzten Rezidivoperation

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"/> Leberserosametastas.	<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"/>

Zustand nach (OP-Prozeduren)

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

Therapien

1. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

2. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

3. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

Rezidivfall

4. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

5. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

6. Chemotherapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Anzahl der Kurse _____ Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

Immuntherapie

Immuntherapie _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

Antihormonelle Therapie

Antihormonelle Therapie _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

Rezidivfall

1. Sonstige Therapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

2. Sonstige Therapie

Therapieschema _____ Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Dosisreduktion? ja Best Response _____
 Vorzeitiger Abbruch nein ja Abbruch Grund _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

1. Strahlentherapie

Alleinige Radiotherapie oder
 Kombinierte Radiotherapie, Schema _____
 Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Gesamtdosis _____ Gy GHD Dosisreduktion? ja
 Lokalisation Ganzabdomen Sonstiges _____ Best Response _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

2. Strahlentherapie

Alleinige Radiotherapie oder
 Kombinierte Radiotherapie, Schema _____
 Therapiebeginn _____ Therapieende _____
 Gesamtdosis _____ Gy GHD Dosisreduktion? ja
 Lokalisation Ganzabdomen Sonstiges _____ Best Response _____
 Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

