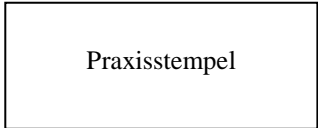


**Checkliste Anmeldung interdisziplinäre Tumorkonferenz
Uroonkologisches Zentrum Großburgwedel (UKG)**



Anmeldung für

- Prostatakarzinom
 Harnblasenkarzinom
 Nierenkarzinom

Leitung: Dr. med. J. Stein
FAX-Nr.: 05139 - 801 5908

Datum:

D A T E N	Nachname:		Vorname:	
	Geburtsdatum:		Patienten-ID:	
	Primär vorgestellt bei:	FA Urologie <input type="checkbox"/>	Strahlentherapie: <input type="checkbox"/>	Sonstiges: <input type="checkbox"/>
	Einweisende/r Arzt/Ärztin:			

A L L E	Familienanamnese:	Gleiches CA bei Verwandtem 1° Grades: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mutter oder Schwester Brustkrebs: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Relevante Komorbiditäten:			
		ECOG: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>		

P R O S T A T A	Prätherapeutisch (nach Prostatastanze/TUR-P/PAE extern):			
	Initiales Gesamt-PSA:	ng/ml	<input type="checkbox"/> Histologisches Gutachten (mitsenden)	
	Biopsie am:		Gleason-Sc.:	Epstein-Gruppe:
	Anzahl Stanzen:	positiv rechts:	positiv links:	Max. % Tumoranteil/Stanze
	Inzidentelles PCA	TUR-P <input type="checkbox"/> %	Transvesicale PAE <input type="checkbox"/> %	
	Restharn: ml	DRU:	TRUS/P-Vol.: :	
	<input type="checkbox"/> PSA-Verlauf (mitsenden)	IIEF-5 Score:	IPSS-Score:	

B L A S E	Grading: low grade <input type="checkbox"/> high grade <input type="checkbox"/>	Anzahl Tumore:	(Begleitendes) Cis: <input type="checkbox"/>
	Lokalisation im Trigonum:	Ja <input type="checkbox"/>	Harnleiter / Ostium betroffen: Ja <input type="checkbox"/>

A L L E E N T I T Ä T E N	Interdisziplinär (Posttherapeutisch/Rezidiv/Metastasierung):			
	Tumorstadium:	T N M Histologie :		
		Differenzierung: PD-(L)-1-Rezeptor:		
	Metastasierung:	Lymphonodal <input type="checkbox"/>	Pulmonal <input type="checkbox"/>	Ossär <input type="checkbox"/> Sonstige:
	<input type="checkbox"/> Radiatio (Lokal., Gy):			
	<input type="checkbox"/> Bisherige Therapien (Art, Dauer)			
	Bildgebende Untersuchungen	CT	<input type="checkbox"/> o.B.	Befund: mitsenden
		MRT	<input type="checkbox"/> o.B.	Befund: mitsenden
		Szintigraphie	<input type="checkbox"/> o.B.	Befund: mitsenden
		PSMA-PET-CT	<input type="checkbox"/> o.B.	Befund: mitsenden
Zystoskopie		<input type="checkbox"/> o.B.	Befund: mitsenden	
	<input type="checkbox"/> CD Bildgebung obligat bei Niere und Harnblase, bei Prostata nur bei unkl. Befunden; schriftliche Befund bitte ebenfalls beifügen			
	<input type="checkbox"/> Arztberichte des Therapieverlaufes von extern (mitsenden)			
Labor (Blase/Niere): Krea, GFR	<input type="checkbox"/> mitsenden			
Bei Rezidiv/Metastasiertem PCa:	<input type="checkbox"/> Testosteron-Wert:	ng/ml		