



Primärfall

FK 28

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

Einbringender Arzt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_



**Primärfall**

**FK 28**

**Bitte faxen an: 030 / 4505 64952**

### 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 \_\_\_\_\_

### 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

Therapien (hier nur neoadjuvante Therapien)

Therapieschema \_\_\_\_\_ Therapiebeginn \_\_\_\_\_ Therapieende \_\_\_\_\_

Anzahl der Kurse \_\_\_\_\_ Dosisreduktion?     ja    Best Response \_\_\_\_\_

Vorzeitiger Abbruch     nein     ja    Abbruch Grund \_\_\_\_\_

Relevante Nebenwirkungen?     nein     ja    NCI-Grad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik



Primärfall

FK 28

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

**Aktuelle Situation / Aktuelles Beschwerdebild**

Aktueller Allgemeinzustand / ECOG \_\_\_\_\_  Alleinversorger?/Eignung für ambulante Therapie?

Welche Beschwerden hat die Patientin?	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Zunahme des Abdomenumfangs
	<input type="checkbox"/> Subileus	<input type="checkbox"/> Ileus	<input type="checkbox"/> Lymphödem	<input type="checkbox"/> Nierenstau
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Aktueller CA-125 Wert \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Vorbestehende Patientenpräferenz?  nein  ja, wenn ja \_\_\_\_\_

**Fragen zu dieser Patientin**

- Frage 1 \_\_\_\_\_
- Frage 2 \_\_\_\_\_
- Frage 3 \_\_\_\_\_
- Frage 4 \_\_\_\_\_
- Frage 5 \_\_\_\_\_
- Frage 6 \_\_\_\_\_
- Frage 7 \_\_\_\_\_
- Frage 8 \_\_\_\_\_
- Frage 9 \_\_\_\_\_
- Frage 10 \_\_\_\_\_
- Frage 11 \_\_\_\_\_
- Frage 12 \_\_\_\_\_

Name des einbringenden Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse der Klinik / Praxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_