



Rezidivfall

FK 29

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 _____

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 _____



Rezidivfall

FK 29

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 _____

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 _____



Rezidivfall

FK 29

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

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

FK 29

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

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 _____



Rezidivfall

FK 29

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

3. Chemotherapie

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

Relevante Nebenwirkungen? nein ja NCI-Grad _____

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 _____



Rezidivfall

FK 29

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

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 _____

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 _____



Rezidivfall

FK 29

Bitte faxen an: 030 / 4505 64952

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

Apparative Untersuchungen

*** Die Spalte Beurteilung bitte nur mit "ohne Befund", "suspekt", "auffällig" oder "keine Angabe" ausfüllen!**

Lokal						
Methode	nicht durchgeführt	Datum	Beurteilung *	multipel	nicht messbar, aber evaluierbar	Tumorgröße
Klinische Untersuchung	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm x _____ mm <input type="checkbox"/> n.b.
Transvaginale Sonographie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm x _____ mm <input type="checkbox"/> n.b.
	Score nach	<input type="checkbox"/> Sassone <input type="checkbox"/> Timor-Tritsch <input type="checkbox"/> keine Angabe		Score: _____		
CT	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm x _____ mm <input type="checkbox"/> n.b.
MRT	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm x _____ mm <input type="checkbox"/> n.b.

Thorax

Methode	Datum	Beurteilung *	Metastasenlokalisierung (<input type="checkbox"/> multipel)
Röntgen-Thorax			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CT-Thorax			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MRT-Thorax			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PET-Thorax			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mammographie			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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



Rezidivfall

FK 29

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:			

Relevante Spättoxizitäten? nein ja NCI-Grad

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Aktueller CA-125 Wert _____ Datum _____

Vorbestehende Patientenpräferenz? nein ja, wenn ja _____

Liegt ein aktueller Progress/Rezidiv vor? nein ja, wenn ja Datum _____

Lokalisation	<input type="checkbox"/> Lokal	_____
	<input type="checkbox"/> Fernmetastasen	_____

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: _____

