

Malignome im Kindes- und Jugendalter - Zentrale Dokumentation

Institut für. Med. Biometrie, Epidemiologie und Informatik, 55101 Mainz, Tel.: 06131/17-3227
-in Zusammenarbeit mit der GPOH-

Cooperative Osteosarkomstudiengruppe COSS - Basisdokumentation für Registerpatienten

Prof. Dr. S. Bielack

Olgahospital Stuttgart, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrie 5
- Onkologie/Hämatologie/Immunologie – Bismarckstr. 8, 70176 Stuttgart, Tel. 0711-992-3881

BITTE BEACHTEN SIE, DASS VOR DER WEITERLEITUNG DIESES BOGENS DAS SCHRIFTLICHE EINVERSTÄNDNIS ZUR WEITERGABE DER DATEN UND ZUR ZENTRALEN SPEICHERUNG VORLIEGEN MUSS!

_____ weiblich _____ . _____ . _____
Name des Patienten Vorname männlich, Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg Körperoberfläche: m²

falls weiblich: Schwangerschaft oder Stillzeit z. Zt. der Diagnose: ja nein

Anlass der Erfassung: Tumorsymptomatik, U1-U9, Zufallsbefund

Allg. Anamnese: JA NEIN

Syndrome / hereditäre Grunderkrankungen welche: fam. RBL Rothm. Thomson Li-Fraumeni
 andere: _____

Familiäre Krebsbelastung: welche & bei wem: _____

Vorausgegangene Tumorerkrankung wenn ja, wann: _____ . _____ . _____ (Datum TTMMJJJJ)

welche: _____

Therapie: OP Radiotherapie Chemotherapie
(falls ja, bitte Berichte beifügen)

Andere Erkrankungen, die eine proto-
kollgerechte Chemotherapie verbieten? wenn ja, welche: _____

Tumor-Anamnese: JA NEIN wenn ja, (seit) wann (Datum TTMMJJJJ)

Schmerzen _____ . _____ . _____

Schwellung _____ . _____ . _____

pathologische Fraktur _____ . _____ . _____

Vorbehandlung des Knochensarkoms _____ . _____ . _____

Falls ja: Operation Art: _____

Radiotherapie

Chemotherapie (Bitte Berichte beifügen!)

Anzahl der Biopsien diagnostische Biopsie: _____ . _____ . _____

Beginn der Chemotherapie

Lokalbefund

Lokalisation des Primärtumors: _____

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Femur | <input type="checkbox"/> Tibia | <input type="checkbox"/> Fibula | <input type="checkbox"/> Humerus | <input type="checkbox"/> restl. Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Becken | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule/Thorax | <input type="checkbox"/> Clavicula/ Scapula | <input type="checkbox"/> craniofacial | <input type="checkbox"/> extraossär |
| <input type="checkbox"/> proximal | <input type="checkbox"/> diaphysär | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Mitte | |
| <input type="checkbox"/> distal | <input type="checkbox"/> gesamt | <input type="checkbox"/> rechts | | |

Tumormaße

- MR Röntgen CT

Maximale Ausdehnung:

, cm , cm , cm
Länge Breite Tiefe

Relative Tumurlänge:

- <1/3 des befallenen Knochens ≥1/3 des befallenen Knochens

Histologie

Name des lokalen Pathologen: _____ Journal-Nr.: _____

Frischmaterial asserviert? ja nein

Protokollgemäßer Materialversand an folgendes COSS-Referenzpathologie-Zentrum bereits veranlasst:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Basel | Herrn Prof. Dr. Jundt | <input type="checkbox"/> Münster | Frau Prof. Dr. Köhler / Herrn PD. Dr. Bürger |
| <input type="checkbox"/> Gießen | Herrn Prof. Dr. Schulz | <input type="checkbox"/> Wien | Frau Dr. Lang |
| <input type="checkbox"/> Hamburg | Herrn Prof. Dr. Dellling | <input type="checkbox"/> Zürich | Herrn Prof. Dr. v. Hochstetter |
| <input type="checkbox"/> Homburg/Saar | Herrn Prof. Dr. Remberger | <input type="checkbox"/> Budapest | Frau Prof. Dr. Arato |
| <input type="checkbox"/> Magdeburg | Herrn Prof. Dr. Roessner | <input type="checkbox"/> steht leider noch aus, erfolgt aber umgehend | |

Befund: Referenzpathologie!

Osteosarkom (nach WHO-Klassifikation IV, 2002)

konventionell (bitte Subtyp klassifizieren)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> osteoblastisch | <input type="checkbox"/> MFH-ähnlich | <input type="checkbox"/> epithelioidzellig |
| <input type="checkbox"/> chondroblastisch | <input type="checkbox"/> chondromyxoidfibrom – ähnlich | <input type="checkbox"/> klarzellig (clear cell) |
| <input type="checkbox"/> fibroblastisch | <input type="checkbox"/> chondroblastom - ähnlich | <input type="checkbox"/> sklerosierend osteoblastisch |
| | <input type="checkbox"/> osteoblastom – ähnlich | <input type="checkbox"/> riesenzellreich (Giant cell rich) |

nicht konventionell

- teleangiektatisch kleinzellig sekundär high grade surface

Sonderformen

- low grade central extraossär parosteal..... periosteal

Anderes Knochensarkom

- ossäres MFH ossäres Leiomyosarkom ossäres *dedifferenziertes* Chondrosarkom
 ossäres Fibrosarkom ossäres Angiosarkom

Sonstige: _____

Malignitätsgrad

- hochmaligne nicht hochmaligne

Laborwerte vor Therapiebeginn:

	Wert	Normwerte Ihres Labors
AP	□□□□□ U/L	□□□□□ bis □□□□□
LDH	□□□□□ U/L	□□□□□ bis □□□□□

Primärmetastasen bei Diagnosestellung (Falls ja oder fraglich: CT's an die Studienleitung)

Metastasen primär?				0 = Befund nicht erhoben	1 = kein Nachweis von Metastasen	2 = solitäre Metastase		
				3 = 2-5 Metastasen	4 = mehr als 5 Metastasen	5 = multiples Osteosarkom		
	Ja	Nein	Fraglich	Röntgen	Szintigramm	PET	CT	NMR
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	—	—	—
Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	—	—	—
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—	—	—	—	—

Operabilität des Tumors (*operabel = *makroskopisch* komplette Entfernung voraussichtlich möglich)

Primärtumor voraussichtlich operabel* ja nein

Metastasen voraussichtlich operabel* ja nein keine Metastasen

Untersuchungen vor Beginn der Chemotherapie

Karnofsky Index oder Lansky Index ≥ 60 ja nein

Blutbild

Neutrophile $\geq 1.5 \times 10^9/l$ ja nein

oder Leukozyten $\geq 3.0 \times 10^9/l$ ja nein

Thrombozyten $\geq 100 \times 10^9/l$ ja nein

glomeruläre Filtrationsrate ≥ 70 ml/min/1.73m² (ECC) ja nein

Bilirubin im Serum ≤ 1.5 x Norm ja nein

Kardiale Funktion ausreichend für die Gabe von Anthrazyklinen ja nein

Bemerkung

weitere Therapie in anderer Klinik: 0=nein, 1=ja, wo: _____

Kopie des / der ...

... Arztbriefe(s)	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
... OP-Berichte Biopsie	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Primärtumor-Resektion	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Metastasektomie	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
... Histologie zu <u>jeder</u> OP lokal	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Referenz	beigelegt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>

Teilnahme an einer anderen klinische Studie ja nein

Stempel der Klinik

Datum

Unterschrift