

Lokaltherapie-Bogen

Name, Vorname	Patienten-Nr.	Klinik	Geschlecht	Geburtsdatum

RADIODTHERAPIE (RTX) durchgeführt Ja Nein unbekannt Wenn Ja

Zeitpunkt der RTX : zur Woche, nach dem Chemotherapieblock

- | | | | | |
|-----------------|-----|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Primärtumor- | RTX | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 2. Lymphknoten- | RTX | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| 3. Metastasen- | RTX | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Dosis, Beginn, Ende und Zielgebiet für jeweilige Lokalisation in Tabelle s. u. eintragen

	Dosis [Gy]	Beginn	Ende	Zielgebiet (<i>Prim. Tumor, Lymphknoten Metast.</i>)
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

Fraktionierung	<input type="text"/> x <input type="text"/> , <input type="text"/>	Gy/d	
Radiotherapie-Art	<input type="checkbox"/> konventionell	<input type="checkbox"/> Protonentherapie	<input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> unbekannt
	<input type="checkbox"/> hyperfraktioniert	<input type="checkbox"/> Schwerionentherapie	<input type="checkbox"/> Kombination
	<input type="checkbox"/> akzeleriert	<input type="checkbox"/> Brachytherapie	<input type="checkbox"/> Andere _____

Radiotherapiebedingte Komplikationen Ja Nein unbekannt Wenn Ja
welche _____

OPERATIONEN (sekundär, nach CT/RTX Start) Ja Nein unbekannt Wenn Ja

1. Sekundäre Primärtumor-Operation Ja Nein unbekannt Wenn Ja

OP-Datum <input type="text"/>	-Art	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Resektion	<input type="checkbox"/> organerhaltend <input type="checkbox"/> nicht organerhaltend _____
-------------------------------	------	----------------------------------	------------------------------------	--

- | | |
|---|---|
| <p>Stadium <u>bei</u> Operation (as = at surgery):</p> <p><input type="checkbox"/> Iaas (im Resektat kein Tumor nachweisbar)</p> <p><input type="checkbox"/> IIaas (im Resektat mikroskopische Tumorreste vorhanden)</p> <p><input type="checkbox"/> IIIaas (im Resektat makroskopische Tumorreste vorhanden)</p> | <p>Stadium <u>nach</u> Operation (ps = post surgery):</p> <p><input type="checkbox"/> R0 / Ips (post OP Ränder histologisch tumorfrei)</p> <p><input type="checkbox"/> R1 / IIps (post OP mikroskopische Tumorreste vorhanden)</p> <p><input type="checkbox"/> R2 / IIIps (post OP makroskopische Tumorreste vorhanden)</p> |
|---|---|

2. Sekund. Lymphknoten-Operation(LK-OP) Ja Nein unbekannt Wenn Ja

OP-Datum <input type="text"/>	-Art	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Resektion	Lokalisation _____
-------------------------------	------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------

Befallene Lymphknoten vollst. Entfernt Ja Nein unbekannt

3. Sekundäre Metastasen-Operation Ja Nein unbekannt Wenn Ja

OP-Datum <input type="text"/>	Lokalisation _____
-------------------------------	--------------------

Alle Metastasen vollst. entfernt Ja Nein unbekannt

4. Weiteres OPs Ja Nein unbekannt Wenn Ja

Datum, Art _____

OP-bedingte Komplikationen Ja Nein unbekannt Wenn Ja
welche _____

Datum	Name	Unterschrift	Stempel