



**5. FERNMETASTASENEREIGNIS**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, aufgetreten am

Ereignis Art	Ereignis Lokalisation <small>Lokalisation Volltext</small>	Lokalisation <input checked="" type="checkbox"/> falls unbekannt
<input type="checkbox"/> Neue Metastase, wo	_____	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Rezidiv initial vorhandener Metast., wo	_____	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Progression initial vorhandener Metast., wo	_____	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Fragliches Metastasenereignis, wo	_____	<input type="checkbox"/> unbekannt

Anzahl der Metastasen:  1  2  3  4  5  >5

**6. BESTAND VOR DEM EREIGNIS EINE VOLLREM.?**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, Vollremission seit

**7. THERAPIE NACH DEM EREIGNIS?**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja:  geplant  in Durchführung  abgeschlossen, nach \_\_\_\_\_ Studie (CWS, IAWS usw.)

**Rezidivtherapie Kurzübersicht** (soweit zum Zeitpunkt der Ereignismeldung bekannt)

**Chemotherapie**  Ja\*  Nein  unbekannt

Wenn Ja, vom         bis       mit (Regimen: CEVAIE, CE/CE usw.) \_\_\_\_\_

**Radiotherapie**  Ja\*\*  Nein  unbekannt

Wenn Ja, vom         bis       Gesamtdosis Gy \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Operation**  Ja\*\*  Nein  unbekannt

Wenn Ja, am         OP Ergebnis  R0 (Tumor kompl. entfernt, makro- & mikroskopisch)  
 R1 (Tumor makrosk. entfernt, mikroskopische Reste)  
 R2 (makroskopische Reste)

**Sonstige Therapie** \_\_\_\_\_

**Wurde eine erneute Vollremission erreicht?**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, am          nicht beurteilbar zzt., da: \_\_\_\_\_

\* / \*\* bitte Verlauf auf CWS-/SAREZ-Register Therapiebogen bzw. Lokaltherapiebogen dokumentieren,

**8. ZWEITTUMOR NACH CWS**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, Diagnosedatum         Diagnose (Histologie): \_\_\_\_\_

**9. AKTUELLER STATUS DES PATIENTEN** Untersuchung (Info.) vom

<input type="checkbox"/> <b>Lebt in</b>	<input type="checkbox"/> <b>Verstorben bedingt durch</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vollremission __ (VR Nr. 1,2,3....n)	<input type="checkbox"/> Tumor: <input type="checkbox"/> Primärerkrankung <input type="checkbox"/> Rezidiv
<input type="checkbox"/> Teilremission	<input type="checkbox"/> Tumorabhängigkeit nicht entscheidbar
<input type="checkbox"/> Stabiler Erkrankung	<input type="checkbox"/> CWS-Therapie: <input type="checkbox"/> Chemo. <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Radiother.
<input type="checkbox"/> Progression <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andere Therapie _____
<input type="checkbox"/> Rezidiv <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen _____

Status seit         Verstorben am

bitte für jedes **noch nicht dokumentierte** Ereignis ein Meldeformular für **neu aufgetretenen Ereignisse** ausfüllen