

MALIGNEN ENDOKRINEN TUMOREN GPOH-MET-Register

Studienleitung: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
 Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 6724244, Fax: (0391) 67290044, gpoh-met@med.ovgu.de

**Jährliche Stuserhebung Nebennierenrindentumor (ACC/ACA)**

Name, Vorname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
 _____ (1=m, 2=w) _____ (TT.MM.JJJJ)
 Pat.Nr. (Klinik) _____ Klinik (DKKR) _____ MaligID (DKKR) _____ GPOH-PID _____
 _____ _____ _____ _____

Datum der letzten Untersuchung: _____ letzte Meldung an Studienzentrale: _____

Diagnose Nebennierenrindenzinom (ACC) NNR-Adenom (ACA) andere _____

Zustand des Patienten: Vollremission Teilremission Stillstand Tumorprogress in Therapie Tod

Bildgebung: _____ unauffällig patholog. Bemerkungen _____
 keine Sonographie: _____ _____
 MRT, CT: _____ _____
 Szintigraphie, PET/CT: _____ _____
 andere _____ _____

Rezidiv / Metastasen: Ja, Lokalrezidiv: Datum des Auftretens: _____
 Nein Ja, Fernmetastasen: Datum des Auftretens: _____
 Lunge Leber Lymphknoten, wo: _____
 sonstige Lokalisation, wo: _____

Therapie: Nein Ja, welche (Epikrise erbeten): _____

Zweitremission: Nein Ja, wann: _____ OP: Ja: bitte OP-Bericht!

Zweitumor: Ja, Datum: _____ Diagnose: _____
 Nein Lokalisation: _____ Therapie: _____

Spätfolgen: Ja, welche: _____
 Nein

Aktuelle Laborwerte: Datum der Abnahme: _____ Spontanurin / Sammelurin / Serum

Androgene	oB	↑↑	n.d.	Östrogene	oB	↑↑	n.d.	Glucocorticoide	oB	↑↑	n.d.	Spontanurin / Sammelurin / Serum			
Andosteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Östrogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17-OH-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aldosteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Östradiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-Deoxycort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DHEAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Progesteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortisol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>oB = normal ; ↑↑ = erhöht n.d. = nicht durchgeführt</i>			
DHEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Androstendion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Urin-Steroidprofil: Datum _____ Befund: _____

Hormonsubstitution: Nein Ja, welche: _____

sonstige Medikation: Nein Ja, welche: _____

Bei Verstorbenen: Sterbedatum: _____ Autopsie: Nein Ja, Bitte Autopsiebefund !

Todesursache: bedingt durch Primärtumor bedingt durch Therapie bedingt durch Rezidiv
 bedingt durch Metastase Tumorabhängigkeit nicht sicher abzuklären andere Todesursache: _____

Nachsorge in anderer Klinik /Praxis: Nein Ja, wo: _____

Aus der Betreuung verloren: Nein Ja, Datum: _____ Grund: _____

Bitte Epikrisen der Behandlungen des letzten Jahres beilegen!

Bemerkungen:

Stempel

Datum

Unterschrift