

MALIGNE ENDOKRINE 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 neuroendokrine Tumore (NET)**

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: _____

Lokalisation: Pankreas Bronchus Magen andere Lokalisation: _____

Zustand des Patienten: Vollremission Teilremission Stillstand Tumorprogress in Therapie Tod

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

Bildgebung:	unauffällig	pathologisch	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Sonografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> CT: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> MRT: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Szintigrafie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> PET/CT: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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, wann: _____ Diagnose: _____

Nein Lokalisation: _____ Therapie: _____

Spätfolgen: Nein Ja, welche: _____

Aktuelle Laborwerte: Ja, Datum der Abnahme: _____

	normal	nicht sicher	pathologisch	nicht durchgeführt
<input type="checkbox"/> Nein				
Serotonin im Serum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-HIAA im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chromogranin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β-HCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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