

HIT-REZ 2005 Registrierungsfax(Bitte vor Therapiebeginn der Studienzentrale faxen!)

**Prof. Dr. Gudrun Fleischhack, Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Kinderheilkunde III, Hämatologie/Onkologie, Hufelandstrasse 55, 45122 Essen
Tel.: +49 (0) 201 723-84667/-2113/-2255, Fax: +49 (0) 201 723-5305**

Patientendaten: Name, Vorname:	_____	
Geb.-Datum / Geschlecht:	_____._____._____/ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Gewicht / Länge / KOF	_____._____._____/ _____ kg / _____ cm / _____ m ²	
Histologisch gesicherte Diagnose:	<input type="checkbox"/> Medulloblastom WHO ^{IV} <input type="checkbox"/> stPNET WHO ^{IV} <input type="checkbox"/> Pineoblastom WHO ^{IV} <input type="checkbox"/> infra-/supratentorielles anaplastisches Ependymom WHO ^{III} <input type="checkbox"/> infra-/supratentorielles Ependymom WHO ^{II}	
Registrierungsnummer der Histologie:	Örtliche Neuropathologie: _____ Ort _____ Referenzneuropathologie: _____	
Aktuelle Rezidivdiagnose:	Datum der Bildgebung: _____ Lokalrezidiv: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Metastasen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> M1 (Liquor) <input type="checkbox"/> M2 (cerebral, cerebellar) <input type="checkbox"/> M3 (spinal) <input type="checkbox"/> M4 (Fernmetastasen) Meningeosis (radiologisch): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> M2a (cerebral/cerebellar laminär) <input type="checkbox"/> M2b (cerebral/cerebellar nodulär) <input type="checkbox"/> M3a (spinal laminär) <input type="checkbox"/> M3b (spinal nodulär)	
Einschlusskriterien: Erfüllt der Patient alle im Protokoll vorgesehenen Einschlusskriterien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Phase II-Studie: Intraventrikuläre Therapie mit Etoposid <input type="checkbox"/> P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastome/stPNETs) <input type="checkbox"/> E-HIT-REZ 2005 (Ependymome WHO^{II/III})	
Einverständniserklärung: Wurden der Patient/ die gesetzlichen Vertreter eingehend über die Studie aufgeklärt und haben er/sie der Teilnahme an der Phase II-Studie, der P-/E-HIT-REZ 2005-Studie sowie der Weitergabe der Daten in Schriftform zugestimmt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (P...Medulloblastom/stPNET) (E...Ependymom)	Einverständniserklärung für Therapie: <input type="checkbox"/> Phase II-Studie: intraventrikulär Etoposid <input type="checkbox"/> P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastom/PNET) <input type="checkbox"/> E-HIT-REZ 2005 (Ependymom WHO ^{II/III}) Einverständniserklärung für Begleituntersuchung: <input type="checkbox"/> Pharmakokinetik - intraventrikulär Etoposid (P, E) <input type="checkbox"/> Leukenzephalopathie (P) <input type="checkbox"/> Neuropsychologie (P) <input type="checkbox"/> Lebenssituation/Lebensqualität (P, E) <input type="checkbox"/> Molekularbiologie des Tumors (P, E) <input type="checkbox"/> Somatostatinrezeptor-Szintigraphie (P)	Datum _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Datum ventrikulärer Zugang	<input type="checkbox"/> Rickham-/Ommaya-Reservoir <input type="checkbox"/> VP-/VA-Shunt; permanent okkludierbar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____
Therapieentscheidung und Datum geplanter Therapiebeginn:	<input type="checkbox"/> Phase II-Studie: intraventrikulär Etoposid* <input type="checkbox"/> P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastom/PNET), Wahlentscheid für <input type="checkbox"/> Carboplatin/VP16-96h-DTI (IVCHT-Arm) <input type="checkbox"/> Temozolomid 150 mg/m ² p.o. (OCHT-Arm) <input type="checkbox"/> E-HIT-REZ 2005 (Ependymom WHO ^{II/III}) <input type="checkbox"/> Dok-Arm P-HIT-REZ 2005 oder E-HIT-REZ 2005	_____ _____ _____ _____
*Bei Teilnahme an der Phase II-Studie teilen Sie uns bitte die Lieferanschrift/Ansprechpartner/Telefon-, Fax-Nr. der Apotheke/Abteilung mit!		
Meldende Klinik	_____	
Name des meldenden Prüfarztes/Prüfärztin	_____	
Name der/des Dokumentarin/Dokumentars	_____	
Telefon:	_____	
Fax:	_____	
Datum der Unterschrift:	_____	
Unterschrift:	_____	