

Checkliste PSMA-Liganden-Therapie für Zuweiser

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____ Telefonnr.: _____

	liegt vor	fehlt
Original Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TNM-Klassifikation, Gleason-Score & ED _____

BRCA-Testung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Labor nicht älter als 2 Wochen (großes Blutbild, Kreatinin, GFR, GOT, GPT, γ GT, PSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Therapieverlauf (bitte jeweils mit Angabe des Zeitraums, z.B. 01/21 – 04/21)

Antiandrogene Therapie – Aktuelles Präparat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Bisphosphonate / Denosumab <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Abirateron (Zytiga ®) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Enzalutamid (Xtandi ®) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Apalutamid (Erleada ®) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Olaparib (Lynparza ®) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Docetaxel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Cabazitaxel <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Strahlentherapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Befunde beifügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Region & Dosis (Gy): _____	Zeitraum: _____
----------------------------	-----------------

Region & Dosis (Gy): _____	Zeitraum: _____
----------------------------	-----------------

Region & Dosis (Gy): _____	Zeitraum: _____
----------------------------	-----------------

ECOG (0-5) oder Karnofsky-Index (0-100) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Aktueller Medikamentenplan (bitte spätestens zur ersten Vorstellung mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie

anhand des PSA-Verlaufes (bitte PSA-Werte des <u>letzten Jahres</u> beifügen) und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

bildmorphologisch (CT, MRT, PSMA-PET/CT, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

aktuelles CT Thorax & Abdomen mit KM (nicht älter als 3 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Alle CD's und Befunde benötigen wir vorab per Post.

liegt vor fehlt

Weitere Erkrankungen / Operationen:

Bemerkungen:

Kontakt:

MHH – Klinik für Nuklearmedizin
OE 8250
Elke Kruschke
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel.: 0511 – 532 2595
Fax: 0511 – 532 161035

Verschlüsselte Datenübertragung
via Cryptshare unter folgendem
Link möglich:

<https://cryptshare.mh-hannover.de/>

Durch die Nuklearmedizin der MHH auszufüllen:

Onkologe / -in: _____ **Urologe / -in:** _____

TK-Beschluss: intern extern, Ort: _____

liegt vor vom: _____ fehlt, geplantes Datum: _____

PSMA-PET/CT: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

ING: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

Labor: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

CT Thx/Abd: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

1. PSMA-Lig.-Therapie geplant am: