

Checkliste PRRT für Zuweiser

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

	liegt vor	fehlt
Original Histologie des Tumors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ki-67 / MIB-1 aus Primarius <input type="checkbox"/> Metastase <input type="checkbox"/> → <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, Bilirubin, Tumormarker (Chromogranin A / NSE / Gastrin / Calcitonin))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieverlauf (bitte jeweils mit Angabe des Zeitraums, z.B. 01/21 – 04/21)		
Somatostatin-Analogon – Präparat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Everolimus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOLFOX <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streptozotocin / 5-FU <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temozolomid / Capecitabin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sunitinib <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Therapien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Befunde beifügen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Befunde beifügen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen: _____		
Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie		
anhand des Tumormarker-Verlaufes und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bildmorphologisch (CT, MRT, SSTR-Szintigraphie, DOTA-TATE-PET/CT, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECOG (0-5) oder Karnofsky-Index (0-100)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktueller Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Durch die Klinik für Nuklearmedizin der MHH auszufüllen:

Onkologe / -in: _____

TK-Beschluss: intern extern, Ort: _____
 liegt vor vom: _____ fehlt, geplantes Datum: _____

PET/CT / Szinti: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

ING: liegt vor vom: _____ geplant am: _____

Labor: liegt vor vom: _____ geplant am: _____