

ANMELDUNG SELEKTIVE INTERNE RADIOTHERAPIE (SIRT)

Name Patient _____
Geburtsdatum _____ Telefon Patient _____
Krankenkasse _____ Adresse _____

Name des anmeldenden Arztes / Ärztin _____
Telefon _____
Fax _____

Diagnose und Fragestellung

Für die Indikationsstellung benötigen wir folgende Unterlagen des Patienten:

- Vollständig ausgefüllter Fragebogen (siehe Anhang)
- Letzte Bildgebung (PET / CT, CT, MRT usw.) - Befund und CD

Sollte keine aktuelle bildgebende Diagnostik vorliegen, kann dies selbstverständlich in unserer Klinik bzw. in unserem MVZ Bad Berka Fachbereich Nuklearmedizin oder Fachbereich Radiologie erfolgen. In diesem Fall bitten wir um kurze Rückmeldung.



1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name Patient _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____

Allgemeinarzt / Allgemeinärztin

Name _____
Adresse _____

Onkologe / Onkologin

Name _____
Adresse _____

Ga-68-PET / CT bereits erfolgt?

Nein
Ja
Wann
Wo

2. DIAGNOSE UND KRANKENGESCHICHTE

Art des neuroendokrinen Tumors

Zeitpunkt der Erstdiagnose _____
Primärtumor _____
Histopathologie _____
Proliferationsrate _____
Immunohistochemie _____

Ki-67 index
Expression von Chromogranin A, Synaptophysin

Krankengeschichte /Zusammenfassung der bereits erfolgten Therapien

Bitte chronologisch auflisten!

Operationen

Nein
 Ja
 Was
 Wann

Biotherapie (Octreotid, Interferon etc.)

Nein
 Ja
 von bis

Chemotherapie

Nein
 Ja
 von bis

**Zielgerichtete mol. Therapie
 (Everolimus, Kinase-Inhibitoren)**

Nein
 Ja
 von bis

Regionale Therapien (e.g. RFA, TACE, SIRT)

Nein
 Ja
 von bis

3. BEGLEITERKRANKUNGEN

Nierenerkrankungen	Nein	Ja	
Diabetes	Nein	Ja	Erstdiagnose
Orale Antidiabetika	Nein	Ja	
Insulin	Nein	Ja	
Bluthochdruck	Nein	Ja	Erstdiagnose
Biophosphonat-Therapie	Nein	Ja	

4. AKTUELLE MEDIKATION

Bitte listen Sie Ihre Medikamente auf

Somatostatin Analoga

Octreotid (z.B. Sandostatin) Nein Ja
 Lanreotid (z.B. Somatuline) Nein Ja

Andere _____
 Dosis in mg _____
 Dosierungsintervall (in Wochen) _____
 letzte Injektion _____
 subkutane Injektionen _____ µg/Tag letzte am _____ um _____ Uhr

5. KLINISCHE SYMPTOME

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Gewichtsverlust kg in Monaten
 Gewichtszunahme kg in Monaten
 Gewicht konstant

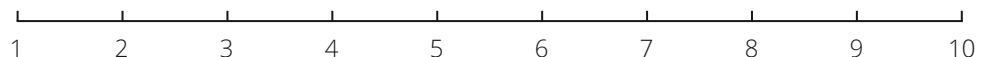
Flush kein Flush <1 mal in der Woche 1–5 mal in der Woche
 >1–5 mal am Tag >5 mal am Tag / permanent

Diarrhea Stuhlgang normal 3–5 mal am Tag 5–10 mal am Tag
 Dyspnoe Nein Ja
 Belastungsdyspnoe Nein Ja
 Ödeme Nein Ja (prätibial)

Schmerzen Nein Ja

Lokalisation

VAS



6. KARNOFSKY-INDEX

Karnofsky-Index _____ %

- | | |
|---|---|
| 100 % normal, keinerlei Beschwerden oder Krankheitszeichen | 50 % auf häufige Hilfe angewiesen |
| 90 % geringfügige Symptome, normale Lebensführung möglich | 40 % behindert und pflegebedürftig, noch nicht hospitalisiert |
| 80 % Symptome, die normales Leben mit Anstrengung zulassen | 30 % schwer behindert, hospitalisiert |
| 70 % Selbstversorgung noch möglich | 20 % schwer krank, stationäre Behandlung |
| 60 % Selbstversorgung mit gelegentlicher Hilfe noch möglich | |

7. LABORWERTE

vom _____

Auch als beigefügter Ausdruck möglich

Blutwerte	Hb	Erythrozyten	Leukozyten	Thrombozyten
		TSH	fT3	fT4
Nierenwerte		Kreatinin	GFR	
Leberenzyme		ALAT	ASAT	GGT
Leberfunktionsparameter		Albumin (g/l)	INR/PT	Bilirubin

8. TUMORMARKER

Verlauf der letzten 3 Bestimmungen

Chromogranin A _____ µg/l (normal _____) vom _____
 Serotonin _____ µg/l (NB _____) vom _____