

DCLLSG Dokumentationsbogen Statusbogen
für Nicht-Studienpatienten im Rahmen des IV-Projektes Maligne Lymphome (IVML)

INFO: Bitte faxen Sie den Dokumentationsbogen nach der Absprache des Therapiekonzepts an folgende Fax-Nummer der DCLLSG Studienzentrale: **0221 / 478 86886**

Datum

Einsendendes Institut / Zentrum
 (kann durch Stempel ersetzt werden)

Name : _____
 Abt. : _____
 : _____
 Str : _____
 Ort : _____

Zentrum-Nr :
 DCLLSG

Patient
 (kann durch Patientenaufkleber ersetzt werden)

Name : _____
 Vorname : _____
 Str. : _____
 PLZ/Ort : _____
 Geb-Datum : _____
 Krankenkasse : _____
 Versicherten-NR : _____

Die unterschriebene Einwilligung des Patienten zur Teilnahme am IV-Vertrag liegt vor ja nein

Gründe für die Behandlung des Patienten als Nicht-Studienpatient der DCLLSG:
 (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Es gibt kein Studienprotokoll der DCLLSG für die Diagnose und das Krankheitsbild des Patienten

Es gibt ein geeignetes Studienprotokoll der DCLLSG

Protokollcode

Der Patient kann aus folgenden Gründen nicht in die Studie aufgenommen werden:
 (bitte zutreffendes ankreuzen und in einem Kurzkommentar begründen)

Patient lehnt die Teilnahme an einer Studie ab _____

Patient erfüllt die Einschlusskriterien nicht _____

Patient erfüllt ein Ausschlusskriterium _____

sonstige Gründe (bitte kurz angeben) _____

Diagnostik I

Datum Erstdiagnose

Diagnose _____

Stadium bei Diagnose _____

Stadium vor aktueller Therapie _____

Diagnostik II

Stadium nach Binet

Relevante Prognoseparameter
(Zytogenetik, Serumparameter,
Lymphozytenverdoppelungszeit)

Remissionsstatus vor aktueller Therapie
(CR, PR, SD, PD)

AZ nach WHO

Relevante Begleiterkrankungen

Weitere Angaben zur Diagnostik

Vorbehandlung

(auszufüllen, wenn der Patient vor dem Eintritt in den IV-Vertrag bereits eine Therapie erhalten hat)

Therapie und Verlauf

	Datum Diagnose	Datum Therapie	Stadium	Art der Therapie	Ergebnis
Erstdiagnose		Beginn:			
		Ende:			
Rezidiv 1		Beginn:			
		Ende:			
Rezidiv 2		Beginn:			
		Ende:			
Rezidiv 3		Beginn:			
		Ende:			
Rezidiv 4		Beginn:			
		Ende:			

DCLLSG Dokumentationsbogen für Nicht-Studienpatienten im Rahmen des IV-Projektes Maligne Lymphome (IVML) Therapiebogen

INFO: Bitte faxen Sie den Dokumentationsbogen nach Abschluss des individuellen Therapiekonzepts und des Abschluss-Stagings an folgende Fax-Nummer der DCLLSG Studienzentrale: **0221 / 478 86886**

Datum

Einsendendes Institut / Zentrum
(kann durch Stempel ersetzt werden)

Patient
(kann durch Patientenaufkleber ersetzt werden)

Name : _____
 Abt. : _____
 : _____
 Str : _____
 Ort : _____
 Zentrum-Nr :
 DCLLSG

Name : _____
 Vorname : _____
 Str. : _____
 PLZ/Ort : _____
 Geb-Datum : _____
 Krankenkasse : _____
 Versicherten-NR : _____

Aktuell durchgeführte Therapie

Chemotherapie nein ja falls ja Datum Beginn: Datum Ende:
 Regime _____ Anzahl der Zyklen:
 Medikamente, falls kein Standardregime _____

Transplantation nein ja falls ja Datum Beginn: Datum Ende:

Konditionierung _____
 Art der Stammzellen _____

Ergebnis der oben genannten Therapie Datum Restagin
 CR (komplette Remission)
 PR (partielle Remission)
 Progress
 Stable Disease
 unbekannt
 ggf Klartext: _____

