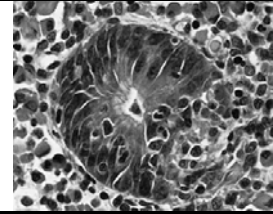


DEUTSCHE STUDIENGRUPPE GASTROINTESTINALE LYMPHOME DSGL



Dokumentationsbögen: ANAMNESE und BEFUND

AB

Bitte beachten:

1. Bitte senden Sie die Eingangsdokumentation möglichst umgehend an die Studienzentrale. Sie ist Basis für die Erstellung des Vorschlages zur Strahlentherapie, falls der Patient für diese Therapie qualifiziert.
2. Bitte Beachten Sie unsere Bitte nach einer Kopie des Gastroskopiebefundes bzw. der Gastroskopieskizze und des Befundes der Endosonographie.
3. Bitte teilen Sie uns Ihre kooperierenden Kollegen mit (Bogen AB4).

<i>Stadium</i>	<i>Befallsmuster</i>
I	Befall eines gastrointestinalen Organs
I ₁	Lymphom begrenzt auf die Mukosa und Submukosa
I ₂	Ausdehnung des Lymphoms über die Submukosa hinaus
II	Befall eines GI-Organs mit Befall infradiaphragmaler Lymphknoten (LK) und/oder mit organüberschreitendem Wachstum (E)
II ₁	Befall eines GI-Organs einschließlich der regionären LK (II ₁) und/oder eines weiteren <u>benachbarten</u> Organs (II ₁ E) unterhalb des Zwerchfells Perigastrische Lymphknoten <u>bildgebend</u> <1 cm sind als nicht befallen zu werten!
II ₂	Befall eines GI-Organs und LK-Befall, der über die regionären LK hinausgeht unterhalb des Zwerchfells (II ₂) und auch einen weiteren lokalisierten Befall eines Organs einschließen kann (II ₂ E)
III	Befall eines GI-Organs und LK-Befall ober- und unterhalb des Zwerchfells einschließlich eines weiteren lokalisierten Befalles eines Organs (III _E) oder der Milz (III _S) oder beider (III _S E).
IV	Diffuser oder disseminierter (Nicht-GI-)Befall mit oder ohne LK-Beteiligung.

Rückfragen bitte an:

Studienzentrale DSGL
 Dr. Peter Koch
 Frau M. Bertels
 UKM - Medizinische Klinik A
 Ebene 14A Ost
 Albert-Schweitzer-Straße 33
 48149 MÜNSTER

Telefon 0251 / 83 - 49526
 0251 / 83 - 47593
 Fax 0251 / 83 - 47592
 mail lymphome-muenster@ukmuenster.de

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

Für die **Randomisierung bei aggressiven Lymphomen** müssen folgende Unterlagen der Studienzentrale vorliegen:

PM-Bogen

AB-Bögen

Teilnahmeerklärung der Klinik

Einverständniserklärung des/der Patienten/in

In Ausnahmefällen ist eine telefonische Randomisierung möglich.** Dazu halten Sie bitte folgende Informationen bereit:

Ihre Klinik/Praxis: _____ Ihr Name _____

Ihr Telefon: _____ Ihr Fax _____ ggf. Ihre e-mail _____

Name des Patienten: _____ geboren am: _____

Liegt die Einverständniserklärung des Patienten vor? ja o nein o

Sind alle Einschlusskriterien erfüllt? ja o nein o

Sind alle Ausschlusskriterien ausgeschlossen? ja o nein o

Stadium: _____ Histologie: _____ Diagnosedatum: _____

LDH/LDH-Normwert: _____ / _____

Name/Institut des Referenzpathologen: _____

****Die schriftlichen Dokumentationsunterlagen und die erforderlichen Formulare sollten innerhalb von 24 Stunden im Studiensekretariat eintreffen!**

Rückfragen bitte an:

Studienzentrale DSGL
Dr. Peter Koch
Frau Mechthild Bertels
UKM - Medizinische Klinik A
Ebene 14A Ost
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 MÜNSTER

Telefon 0251 / 83 - 49526
 0251 / 83 - 47593
Fax 0251 / 83 - 47592
mail lymphome-muenster@ukmuenster.de

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

Ihr Stempel

Datum / Ihre lesbare Unterschrift

Studienzentrale DSGL
 Dr. Peter Koch
 Frau M. Bertels
 UKM - Medizinische Klinik A
 Ebene 14A Ost
 Albert-Schweitzer-Straße 33
 48149 MÜNSTER

ANAMNESE und BEFUND AB1

Patientenname

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Geschlecht: W o M o

Beschwerden des Patienten:

1. Appetitlosigkeit o
2. Druckgefühl, Schmerzen o
3. Erbrechen o
4. Blutung o
5. Obstipation o
6. Diarrhö o
7. Perforation o
8. Ileus o
9. Fieber >38° o
10. Nachtschweiß o
11. Gewichtsverlust > 10 % o
12. o
13. o
14. Zeitpunkt der 1. Beschwerden:.....

Anamnese (Onkologie):

Malignom in der Vorgeschichte ja () nein ()

wenn ja, welches: _____

wann: _____

Anamnese (Magen): ja () nein ()

Gastritis..... o

Ulcus/Ulzera o

Zeitpunkt des 1. Auftretens: _____

Magenoperation o

Zeitpunkt: _____

Indikation: _____

Anamnese (Darm):

Besteht/bestand eine Sprue oder ein Sprue-ähnliches Krankheitsbild ja () nein ()

wenn ja, seit wann _____

Anamnese (Helicobacter p.):

Wurde bereits außerhalb der Studie eine Eradikation durchgeführt? ja () nein ()

wenn ja, wie häufig? _____

seit wann _____

wann zuletzt _____

Ergebnis _____

Medikamente

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

Allgemeinzustand nach Karnofsky: (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|-----------------------|
| 10 normale Aktivität | <input type="radio"/> |
| 9 gering verminderte Aktivität | <input type="radio"/> |
| 8 deutlich verminderte Aktivität | <input type="radio"/> |
| 7 arbeitsunfähig, versorgt sich selbst | <input type="radio"/> |
| 6 gelegentlich fremde Hilfe erforderlich | <input type="radio"/> |
| 5 ständig fremde Hilfe erforderlich | <input type="radio"/> |
| 4 überwiegend bettlägerig | <input type="radio"/> |
| 3 dauernd bettlägerig | <input type="radio"/> |
| 2 schwerkrank | <input type="radio"/> |

ANAMNESE und BEFUND	AB2
Patientenname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht: W o M o	

Magen	Duodenum	Dünndarm	Ileozökalregion
_____ x _____ cm	_____ x _____ cm	_____ x _____ cm	_____ x _____ cm
Funduso	isolierter Befall o	Jejunum o	term. Ileumo
Corpuso	per-continuitatem Befall	Ileum o	Zökum o
Antrumo	vom Magen o	Abst. zu	Appendixo
multifokalo	multifokal o	Ileozökalklappe _ cm	
Kolon		Ösophagus	Mundhöhle
_____ x _____ cm		_____ x _____ cm	_____ x _____ cm
Aszendens.....o		isolierter Befall o	Lage:.....
Transversumo		per-continuitatem Befall
Deszendens.....o		vom Magen o
Sigmao			
Rektumo			

Befall außerhalb des GI-Traktes:

	histologisch	klinisch	Röntgen	CT	Sonogramm	Endosono
1. Waldeyer	R L	R L		R L	R L	
2. zervikal	R L	R L		R L	R L	
3. klavikulär	R L	R L		R L	R L	
4. axillär	R L	R L		R L	R L	
5. mediastinal			O	O	O	O
6. hilär			R L	R L		
7. perigastrisch	O		O	O	O	O
8. peripankreatisch	O			O	O	O
9. Leber-Hilus-LK	O			O	O	O
10. Milz-Hilus-LK	O			O	O	O
11. paraaortal	O		O	O	O	
12. parailiakal	R L		R L	R L	R L	
13. inguinal	R L	R L	R L	R L	R L	
14. Truncus coeliacus	O			O	O	O
15. Dünndarmmeso	O		O	O	O	
16. Mesokolon	O		O	O	O	
17. Omentum majus	O			O	O	
18. Leber	O	O		O	O	
19. Milz	O	O		O	O	
20. Lunge	O		O	O		
21. Knochenmark	O					
22. weitere Manifestationen (z.B. Aszites):						
.....						

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

<p>HELICOBACTER-STATUS: positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/></p> <p>METHODE: histologisch <input type="radio"/> Schnelltest <input type="radio"/> serologisch <input type="radio"/></p>	<p>ANAMNESE und BEFUND AB3</p> <hr/> Patientenname..... Vorname..... Geburtsdatum..... Geschlecht: W <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
---	---

Durchgeführte Diagnostik	Labor
Gastroskopie <input type="radio"/>	BSG _____ mm
Endosonographie <input type="radio"/>	Hb _____ g/dl
Koloskopie <input type="radio"/>	Hb _____ mmol/l
Thorax-CT <input type="radio"/>	HK _____ %
Abdomen-CT <input type="radio"/>	Leukozyten _____ ./µl
Abdomensonogramm <input type="radio"/>	Granulozyten _____ %
MDP/Sellink <input type="radio"/>	Lymphozyten _____ %
Kontrasteinlauf <input type="radio"/>	Thrombozyten _____ /µl
Beckenkamm-Histologie <input type="radio"/>	LDH _____ U/l
HNO-Untersuchung <input type="radio"/>	LDH NORMWERT _____ U/l
weitere Untersuchungen: _____ <input type="radio"/>	Kreatinin _____
_____ <input type="radio"/>	Kreatinin NORMWERT _____
Aktueller RR-Wert: _____ _____	weitere auffällige Laborwerte: _____ _____ _____

Welchem Stadium ordnen Sie Ihren Patient zu ? _____ B-Symptomatik ?

Welche Therapie planen Sie?

Eradikation (Marginalzonenzell-Lymphom, Stadium I H.p. positiv)

Bestrahlung (MZZL, Stadium I H.p. neg.; andere indolente Lymphome)

Aggressive Lymphome Stadium I, II **Randomisation beachten!**

ARM A (4x R-CHOP-14 + 4x R + IF Rx) **oder** ARM B (4x R-CHOP-14 + IF Rx)

Außerhalb des Protokolls 01/2003 (innerhalb der Beobachtungsstudie):

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

<p>Bitte fügen Sie der Dokumentation folgende Unterlagen bei:</p> <p>Gastroskopiebefund o</p> <p>Endosonographiebefund (ENDO-Bogen) o</p> <p>Dokumentation der Aufklärung des Patienten und seines Einverständnis an der Studienteilnahme o</p>	<p>ANAMNESE und BEFUND AB4</p> <hr style="border: 1px solid black;"/> <p>Patientenname</p> <p>Vorname.....</p> <p>Geburtsdatum.....</p> <p>Geschlecht: W o M o</p>
--	--

Da nicht alle Patienten im gleichen Zentrum diagnostiziert/behandelt/nachuntersucht werden, sind für den Dialog zwischen Studienzentrale und behandelnden Kliniken folgende Informationen wichtig:

1. In folgender Klinik/Praxis wird die Eradikationsbehandlung und/oder Chemotherapie durchgeführt:

(Klinik) _____

 (Ansprechpartner) _____
 (Anschrift) _____

2. In folgender Klinik/Praxis wird die Bestrahlung durchgeführt:

(Klinik/Praxis) _____

 (Ansprechpartner) _____
 (Anschrift) _____

3. In folgender Klinik/Praxis wird das Abschlußstaging durchgeführt:

(Klinik/Praxis) _____

 (Ansprechpartner) _____
 (Anschrift) _____

4. In folgender Klinik/Praxis erfolgt die Nachsorge:

(Klinik/Praxis) _____

 (Ansprechpartner) _____
 (Anschrift) _____

Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

Ihr Stempel

Datum / Ihre lesbare Unterschrift

Studienzentrale DSGL
Frau M. Bertels
Dr. Peter Koch
UKM Medizinische Klinik A
Ebene 14A Ost
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 MÜNSTER

ENDOSONOGRAPHIE	ENDO
Patientenname	
Vorname.....	
Geburtsdatum.....	
Geschlecht: W o M o	

Das „Pariser Staging System“, das sich an der TNM Klassifikation orientiert, soll im Rahmen der Studie prospektiv evaluiert werden.

Legen Sie Ihren Kollegen, die die Endosonographie bei Ihren Patienten durchführen, diesen Bogen vor, um den EUS-Befund entsprechend dokumentiert.

- T0 kein Anhalt für ein Lymphom
- TX Lymphomausdehnung nicht beurteilbar
- T1 Infiltration der Mukosa/Submukosa
- T1m Infiltration der Mukosa
- T1sm Infiltration der Submukosa
- T2 Infiltration der Muscularis propria oder der Subserosa
- T3 Penetration der Serosa (viszerales Peritoneum) ohne Invasion benachbarter Organe
- T4 Penetration benachbarter Organe