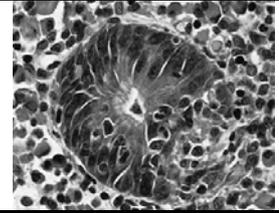


# DEUTSCHE STUDIENGRUPPE GASTROINTESTINALE LYMPHOME DSGL



## Dokumentationsbögen: Eradikationsbehandlung

### Flow-Chart Eradikationsbehandlung

<b>Woche</b>			
<b>1</b>	<b>Triple-Therapie</b>		
<b>6-8</b>	<u>histologische Kontrolle des H.p.-Status</u>	<u>⇒ bei persistierender H.p.-Infektion</u>	<u>⇒ alternative Tripel oder Quadrupel-Therapie</u>
			<u>bei ausbleibendem Erfolg der Eradikation ⇒ Strahlentherapie</u>
<b>12 - 14</b>	<b>1. histologisches Lymphomstaging</b> <u>komplette Remission: Nachsorge</u>	<b>nur bei Progreß</b>	<b>⇒ Strahlentherapie</b>
<b>alle 12 Wochen</b>	weitere histologische Kontrollen bis Nachweis einer CR	<b>nur bei Progreß</b>	<b>⇒ Strahlentherapie</b>
<b>nach 12 Monaten</b>	entweder oder oder	<b>1. no change</b> <b>2. CR</b> <b>3. bei nur histologischer Resterkrankung</b>	<b>1. ⇒ Strahlentherapie</b> <b>2. ⇒ Nachsorgeprogramm</b> <b>3. ⇒ engmaschige endoskopische + histologische Kontrollen</b>

Rückfragen bitte an:

Studienzentrale DSGL  
 Dr. Peter Koch  
 Frau M. Beretels  
 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

<b>Eradikationsbehandlung</b>	<b>ERAD 3</b>
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

---

### Erste Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms

ca. 3 Monate nach Beginn der erfolgreichen Keimeradikation (DATUM):

---

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf **N-Bogen**

H.p. negativ, Lymphom nicht progredient     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf **ERAD4.1-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*     = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

---

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-schlag erforderlich

## 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

Eradikationsbehandlung	ERAD 4.1
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

---

### Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms

**ca. 6 Monate nach Beginn der erfolgreichen Keimeradikation (DATUM):**

---

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf  
**N-Bogen**

H.p. negativ, Lymphom nicht progredient     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf  
**ERAD4.2-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*     = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

---

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung  
des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-  
schlag erforderlich

**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

**Eradikationsbehandlung ERAD 4.2**

Patientenname .....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Geschlecht:            W o            M o

**Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms**

**ca. 9 Monate nach Beginn der erfolgreichen Keimeradikation (DATUM):**

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf **N-Bogen**

H.p. negativ, Lymphom nicht progredient     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf **ERAD4.3-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*  = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-schlag erforderlich

## 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

Eradikationsbehandlung	ERAD 4.3
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

---

### Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms

**12 Monate nach Beginn der erfolgreichen Keimeradikation (DATUM):**

---

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf **N-Bogen**

H.p. negativ, Magenschleimhaut makroskopisch und endosonographisch unauffällig, aber histologisch weiter Lymphomnachweis     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf **ERAD4.N-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*     = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

---

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-schlag erforderlich

## 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

<b>Eradikationsbehandlung</b>	<b>ERAD 4.N</b>
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

Dieser Bogen dient der Dokumentation von Patienten, die **nach 12 Monaten**

- ohne H.p.-Nachweis waren
- deren Magenschleimhaut makroskopisch und endosonographisch unauffällig war
- aber noch positiven histologischen Lymphomnachweis hatten

**Bei diesen Patienten sind weiterhin regelmäßige vierteljährliche Kontrollen erforderlich**

### Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms am:

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf **N-Bogen**

H.p. negativ, Magenschleimhaut makroskopisch und endosonographisch unauffällig, aber histologisch weiter Lymphomnachweis     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf **ERAD4.N-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*     = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-schlag erforderlich

## 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

Eradikationsbehandlung	ERAD 4.N
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

Dieser Bogen dient der Dokumentation von Patienten, die **nach 12 Monaten**

- ohne H.p.-Nachweis waren
- deren Magenschleimhaut makroskopisch und endosonographisch unauffällig war
- aber noch positiven histologischen Lymphomnachweis hatten

**Bei diesen Patienten sind weiterhin regelmäßige vierteljährliche Kontrollen erforderlich**

### Beurteilung des Ansprechens des Lymphoms am:

H.p. negativ, Lymphom histologisch in CR     ⇒ weitere Dokumentation nach 3 Monaten auf **N-Bogen**

H.p. negativ, Magenschleimhaut makroskopisch und endosonographisch unauffällig, aber histologisch weiter Lymphomnachweis     ⇒ Kontrolle nach 3 Monaten; Dokumentation auf **ERAD4.N-Bogen**

H.p. positiv und/oder Lymphom progredient\*     = Versagen der Therapie  
= **Indikation zur Strahlentherapie**

\*Ist der Patient weiterhin im Stadium I?     Mitteilung an die Studienzentrale zur Erstellung des Vorschlags zur Strahlentherapie.

\*Ist der Patient > Stadium I = Progreß ?     neuer AB2-Bogen für den Strahlentherapievor-schlag erforderlich