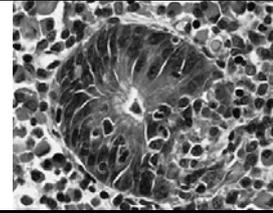


DEUTSCHE STUDIENGRUPPE  
GASTROINTESTINALE LYMPHOME  
DSGL



---

Dokumentationsbögen: Strahlentherapie

---

**RX**

Füllen Sie diese Bögen bitte bei Ende der Therapie umgehend aus, und senden Sie sie an die Studienzentrale (**nicht an die Referenzstrahlentherapie!**)

Rückfragen bitte an:

Referenzstrahlentherapie  
Prof.Dr. N. Willich  
Fr. Dr. G. Reinartz  
Medizinische Universitätsklinik  
Albert-Schweitzer-Straße 33  
48149 MÜNSTER

Telefon 0251 / 83- 49526  
0251 / 83-47593  
0251 / 83-47591  
Fax 0251 / 83-47592

## 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

<b>Strahlentherapie</b>	<b>Rx 1</b>
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W o            M o	

Therapie:	von	bis	Zielvolumen	EF	IF	
			Ösophagus	o	o	
			Magen	o	o	
<b>Pausentage:</b> Anzahl	Pat.-bedingt	o	Erläuterung: Duodenum	o	o	
	gerätetechn.	o		Jejunum	o	o
	sonstige	o		Ileum	o	o
<b>Abbruch der Therapie</b>	Grund:		Ileozökalregion	o	o	
			Kolon	o	o	
<b>Dosisberechnung *</b>	Isodose:	..... %	Milz	o	o	
	nach ICRU:	o	andere	o	o	
	ICRU-Level (1-3):	.....	perigastrisch	o	o	
Inhomogenität	im Zielvolumen:		Mesenterium	o	o	
<b>Strahlenart</b>	60 Co	o	Leberhilus	o	o	
	MV Phot.	.....	Milzhilus	o	o	
	MeV e <sup>-</sup>	.....	paraaortal	o	o	
			iliakal	re. o li. o	re. o li. o	
<b>Dosis</b>	<b>EF</b>	<b>IF</b>	inguinal	re. o li. o	re. o li. o	
Gesamtdosis			zervikal	re. o li. o	re. o li. o	
Einzel-dosis			clavikulär	re. o li. o	re. o li. o	
		<b>Boost: ja ( )</b>	axillär	re. o li. o	re. o li. o	
			paraösophageal	re. o li. o	re. o li. o	
			mediastinal	o	o	
			hilär	re. o li. o	re. o li. o	
			andere	o	o	

**\*Bei 3D → bitte DVH für Nieren, Leber und ZV mitschicken !**

## Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome

Ihr Stempel

Datum / Ihre lesbare Unterschrift

Die Restaging-Untersuchungen werden durchgeführt von:

.....

.....

.....

.....

### Strahlentherapie Rx 2

Patientenname .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht:            W o            M o

### TOXIZITÄT unter Strahlentherapie (bitte jeweils ankreuzen)

Hb (g%):	9,5-10,9 o	8,0-9,4 o	6,5-7,9 o	<6,5 o
Leukozyten (1000/mm <sup>3</sup> ):	3.0-3,9 o	2,0-2,9 o	1,0-1,9 o	<1,0 o
Thrombozyten (1000/mm <sup>3</sup> ):	75-99 o	50-74 o	25-49 o	<25 o
Bilirubin	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
GOT ± GPT	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
γGT	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
alk.Phosphat.	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
LDH	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
Kreatinin	1.26-2.5 *N o	2.6-5 *N o	5.1-10 *N o	>10 *N o
Appetit	mäßig beeinträchtigt o	stark beeinträchtigt o	appetitlos o	künstl. Ernährung o
Gewicht	↓ ≤ 5 % KG o	↓ ≤ 10 % KG o	↓ > 15 % KG o	> 20 % KG o
Übelkeit	vorhanden o	geleg.Erbrechen o	therapiebedürft. o	unstillbar o
Diarrhö	< 5x/d o	> 5x/d o	therapiebedürft. o	Dehydration o
Obstipation:	leicht o	mäßig o	geblähtes Abd. o	Ileus o
Karnofsky-Index	80-90 o	60-70 o	40-50 o	< 40 o
weitere Nebenwirkungen:	Blutung o (Magen o; Darm o)			
	Perforation o (Magen o; Darm o; Fistelbildung o)			
	Aszites o			

Kommentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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

### Abschlußstaging nach Ende der Therapie

Patientenname .....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Geschlecht:            W o            M o

**\*Bogen ggf. an durchführenden Kollegen weiterreichen**

**RESTAGING (Dokumentation von persistierendem Befall) am: .....**

1. Bei persistierendem GI-Befall nennen Sie bitte das Organ und kreuzen die Art des Nachweises an.
2. Bei persistierendem Lymphknotenbefall nennen Sie bitte die Region und kreuzen die Art des Nachweis an.
3. Bei persistierendem Befall anderer Organe, führen Sie bitte auf und kreuzen die Art des Nachweis an.

**Restaging am:** \_\_\_\_\_

LOKALISATION	bitte <b><u>noch nachweisbares</u></b> Lymphom eintragen	histologisch	klinisch/ bildgebend
1. GI - Organ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lymphknotenregion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. andere Organe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEERGEBNIS:**            CR ( )            uCR ( )            PR ( )            <PR/NC ( )

Nennen Sie bitte objektiv oder für den Patienten subjektiv noch bestehende Nebenwirkungen der Therapie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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>Schweres Unerwünschtes Ereignis</b>	<b>SUE</b>
Patientenname .....	
Vorname .....	
Geburtsdatum .....	
Geschlecht:            W   o            M   o	

Beginn des SUE: \_\_\_\_\_ Endes SUE: \_\_\_\_\_

Art des SUE: \_\_\_\_\_

Behandlung des SUE: \_\_\_\_\_

Verlauf des SUE: \_\_\_\_\_

Zuordnung des SUE:

tödlicher Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebensbedrohend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisierung/Intensivstation aus akutem Anlaß (s.o.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bleibende körperliche Behinderung oder Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausgang des SUE

wiederhergestellt	<input type="checkbox"/>	noch nicht wiederhergestellt	<input type="checkbox"/>
bleibender Schaden	<input type="checkbox"/>	bleibender Schaden	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>	verstorben	<input type="checkbox"/>

Zusammenhang des SUE:

Studienmedikation	<input type="checkbox"/>	Begleitmedikation	<input type="checkbox"/>
gesichert	<input type="checkbox"/>	wahrscheinlich	<input type="checkbox"/>
unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/>	kein Zusammenhang	<input type="checkbox"/>
nicht zu beurteilen	<input type="checkbox"/>		

Ansprechpartner für Rückfragen und Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

**Bitte diesen Bogen unverzüglich per FAX an die Studienzentrale 0251 8347592**  
**Stand Januar 2008**