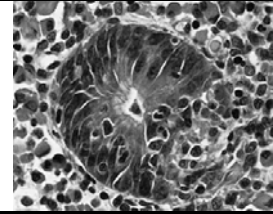


DEUTSCHE STUDIENGRUPPE
GASTROINTESTINALE LYMPHOME
DSGL



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

Strahlentherapie	Rx 1
Patientenname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht: W o M o	

Therapie:	von	bis	Zielvolumen	EF	IF
			Ösophagus	o	o
			Magen	o	o
Pausentage: Anzahl	Pat.-bedingt	o	Erläuterung:	Duodenum	o
	gerätetechn.	o		Jejunum	o
	sonstige	o		Ileum	o
Abbruch der Therapie	Grund:		Ileozökalregion	o	o
			Kolon	o	o
Dosisberechnung *	Isodose:	..... %	Milz	o	o
	nach ICRU:	o	andere	o	o
	ICRU-Level (1-3):	.....	perigastrisch	o	o
Inhomogenität	im Zielvolumen:		Mesenterium	o	o
Strahlenart	60 Co	o	Leberhilus	o	o
	MV Phot.	.....	Milzhilus	o	o
	MeV e ⁻	paraaortal	o	o
			iliakal	re. o li. o	re. o li. o
Dosis	EF	IF	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
		Boost: ja ()	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 ³):	3.0-3,9 o	2,0-2,9 o	1,0-1,9 o	<1,0 o
Thrombozyten (1000/mm ³):	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 <u>noch nachweisbares</u> 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

Schweres Unerwünschtes Ereignis	SUE
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