

# Therapieabschluss - Bogen

Name, Vorname	Patienten-Nr.	Klinik	Geschlecht	Geburtsdatum <small>Datumsangaben TT.MM.JJ</small>

## I. Therapie-Ende

**CWS-Guidance Standardtherapie beendet am** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CWS-Guidance Standardtherapie regulär beendet**

Ja, mit  Chemotherapie  Nein, Abbruch wegen  Toxizität  
 Radiotherapie  Progression \*   
 Operation  Rezidiv \*   
 Tod   
 andere Ursachen \_\_\_\_\_

**Status bei Ende der CWS-Guidance Standardtherapie**

Vollremission, klinisch (nur bildgebend, mikroskopischer Resttumor evtl. vorhanden) seit |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Vollremission, histologisch (durch OP/PE und Bildgebung bewiesene Tumorfreiheit) seit |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Teilremission, (makroskopischer, aber nicht progredienter Tumor vorhanden) seit |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Progression  Rezidiv  Tod seit |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

für jedes neu aufgetreten noch nicht dokumentierte Ereignis, bitte Meldeformular für neu aufgetreten Ereignisse ausfüllen,  
 \* jegliche Art von Tumorwachstum unter Therapie = Therapieversagen unter Therapie

## II. Sonstige Therapie

wegen der prim. Erkrankung des Weichteilsarkoms erfolgt (keine Rezidivtherapie)  Ja  Nein  unbekannt

**Wenn Ja**

**Knochenmark- oder Stammzelltransplantation**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, am |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Wo durchgeführt: \_\_\_\_\_ Art  allogene  autolog

**Regionale Hyperthermie**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, am |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Wo durchgeführt: \_\_\_\_\_

**Immuntherapie** (z. Bsp. Interleukin)  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, vom |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| mit \_\_\_\_\_

**Target Therapie** (Bsp. Imatinib)  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, vom |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| mit \_\_\_\_\_

**Sonstige**  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, vom |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| mit \_\_\_\_\_

**Einschluss in eine Phase I oder II Studie als** Rezidivtherapie  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_

**Sonstige OPs** nach Ende der Standardtherapie  Ja  Nein  unbekannt

Wenn Ja, am |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| OP Art und Lokalisation \_\_\_\_\_

Fortsetzung von Seite 1: Therapieabschluss-Bogen

Name, Vorname	Patienten-Nr.	Klinik	Geschlecht	Geburtsdatum	

**III. Folgeerscheinungen**

**Dauerhafte Folgeerscheinungen:**     Ja     Nein     nicht beurteilbar     unbekannt

**Wenn ja,**

bitte entsprechende ankreuzen , Klassifikation nach CTCAE v 3.0 <http://ctep.cancer.gov>, Ursache angeben  
 CODE für Ursache: 1 = Tumor    2 = Chemotherapie    3 = Radiotherapie    4 = Chirurgie    5 = KMT    6 = andere, 7 = unklar

<input type="checkbox"/> <b>Kardiomyopathie</b>	<input type="checkbox"/> Herzfunktionseinschränkung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Herzechoauffälligkeiten    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Lungenfunktionsstörung</b>	<input type="checkbox"/> Lungenfunktionsstörung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Nierenfunktionsstörung</b>	<input type="checkbox"/> Creatinin-Erhöhung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Kreatinin-Clearance    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Proteinurie    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Hämaturie    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Tubuläre Funktionsstörung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Distale Tubulus-Störung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Neuropathie</b>	<input type="checkbox"/> Zentrale Neurotoxizität    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Periphere Neurotoxizität    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Hörstörungen/Audiometrie    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Chron. Hepatitis/Hepatose</b>	<input type="checkbox"/> Bilirubinerhöhung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> GOT/GPT-Erhöhung    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____    Grad ____, Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Orbita</b>	<input type="checkbox"/> Exenteratio <input type="checkbox"/> Chron. Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Sehstörung    Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Extremitäten</b>	<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Lymph-Stauung (Ödem) <input type="checkbox"/> Funkt. Verlust    Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Urogenital/Perianal</b>	<input type="checkbox"/> Blasenresektion <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Impotenz    Ursache: __ s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Anus praeter    Ursache: __ (s.o.)	
	<input type="checkbox"/> Chron. Zystitis <input type="checkbox"/> Obere Harnwegsläsion    Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Fibrose, wo</b> _____	Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Kopf/Hals</b>	<input type="checkbox"/> Kosmet. Defekte <input type="checkbox"/> Bewegungsstörung    Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Stamm</b>	<input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Kosmet. Defekte: _____    Ursache: __ (s.o.)	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> _____	Ursache: __ (s.o.)	

**IV. Status**

**Aktueller Status des Patienten,** letzte Untersuchung/Information vom

<input type="checkbox"/> <b>Lebt in</b> <input type="checkbox"/> Vollremission __ (VR Nr. 1,2,3....n) <input type="checkbox"/> Teilremission <input type="checkbox"/> Stabiler Erkrankung <input type="checkbox"/> Progression <input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> <b>Verstorben bedingt durch</b> <input type="checkbox"/> Tumor: <input type="checkbox"/> Primärerkrankung <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Tumorabhängigkeit nicht entscheidbar <input type="checkbox"/> CWS-Therapie: <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Radioth. <input type="checkbox"/> Andere Therapie _____ <input type="checkbox"/> Andere Ursachen _____
--	--

Status seit

Verstorben am

Datum	Name	Unterschrift	Stempel