

STATUSBOGEN

Ärztliche Leiter der Registerstelle: Prof. Dr. E. Koscielniak, ☎ 0711/278-73870, Fax 0711/278-72749
 Prof. T. Klingebiel ☎ 069/6301-5094
 Studiendokumentation: Fr. Hallmen, Fr. Veit-Friedrich, Fr. Feuchtgruber ☎ 0711/278-73875, -3811
 Olgahospital Kriegsbergstr. 62, 70174 Stuttgart

Diesen Bogen erhalten Sie jährlich von der Studienzentrale, bitte ausgefüllt zurück an die CWS-Studienzentrale senden. Danke!

I. Patienteninformation und letzter Stand der Dokumentation in der Studienzentrale

Dieser Teil wird von der CWS-Studienzentrale ausgefüllt

Name:	geb.:	Pat.Nr.:	Klinik:
Diagnose:	Stadium:	Lokalis.:	
Primärtumor	Lymphknoten	Metastasen	Ereignisdatum
1.			
2.			
3.			
4.			
Letzte Informationen in CWS vom ____.		Status:	seit: ____.

II. Folgeuntersuchung/Information (follow-up) Entsprechendes ankreuzen , Datumsangaben TT.MM.JJ

Datum der letzten Untersuchung/ Information

III. Neu aufgetretene oder noch nicht dokumentierte Rückfall-Ereignisse (vgl. mit I)

- nein ja, **Ereignis** Rezidiv am
- Progression am
- Zweitmalignom am
- verstorben am
- bitte für jedes noch nicht dokumentierte Ereignis ein Meldeformular für neu aufgetreten Ereignisse ausfüllen

IV. Aktueller Status

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lebt in
<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
Status seit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Verstorben bedingt durch
<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"/> Chemoth. <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Radioth.
<input type="checkbox"/> Andere Therapie _____
<input type="checkbox"/> Andere Ursachen _____
Verstorben am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|---|--|

V. Aktuell vorhandene Therapiefolgeschäden / Funktionseinschränkungen

Organsystem	Symptom/Diagnose/Beschreibung	Code CTCAE v 3.0 http://ctep.cancer.gov					
		1	2	3	4	5	k.A.
Herz	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokrines System	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstumsstörung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitmalignom	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Name

Unterschrift

Stempel