

CWS-2007-HR Checkliste – Initiale Diagnostik

* = Fakultativ / ** = Obligat

Name:		Vorname:		Geb.-Datum:	
Stationäre Aufnahme am:		Diagnose-Datum:		Abteilung:	
Labor- und klinische Diagnostik		<i>Geplant</i>	<i>durchgeführt</i>	<i>Befund gesehen</i>	CAVE
1) Anamnese, klinische und neurologische Untersuchung**					
2) Blutentnahmen**					
3) Aufklärungsgespräch**					
4) Einwilligungserklärungen**					
Bildgebende + apparative Diagnostik		<i>Geplant</i>	<i>durchgeführt</i>	<i>Befund gesehen</i>	CAVE
1) Tumorregion MRT mit KM**					
2) LK-Stationen Sonographie oder MRT**					
3) Abdomen-Sonographie (bzw. MRT)**					
4) Thorax-Röntgen*					
5) Thorax-CT, Spiral-CT (falls verfügbar)**					
6) Cerebrales MRT**					
7) Skelettszintigraphie**					
8) PET*					
9) EKG**					
10) Echokardiographie**					
11) EEG**					
12) Pädaudiometrie**					
13) Augenhintergrund**					
Invasive Diagnostik		<i>Geplant</i>	<i>durchgeführt</i>	<i>Befund gesehen</i>	CAVE
1) Knochenmarkspunktion**					
2) Liquorpunktion*					
Name des Verantwortlichen und Datum:				CAVE	
Einschlusskriterien erfüllt?					
Melde- und Randomisierungsfax abgeschickt?					
Randomisierungsergebnis erhalten ?					
Randomisierungsergebnis:		<input type="checkbox"/> O-TIE (Arm B) <input type="checkbox"/> keine weitere Therapie (Arm A)			
Falls Arm B (O-TIE): Geplantes Datum Therapiestart: (innerhalb von 35 Tagen nach letztem Therapietag z.B.nach CWS-guidance?)					CAVE: Medikation bestellt? Ggf. rechtzeitige Rücksprache mit der Apotheke!