

HIT 2000

Dokumentation der Strahlentherapie, der akuten maximalen Nebenwirkungen und Spätfolgen, der Therapietechniken und Dosisverschreibungen

BASISDATEN

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Klinik _____ Klinik _____ Identifikationszahl _____
WB _____
TT MM JJ _____
Klinik: _____

Tumorart

Medulloblastom Ependymom WHO I
Supratentorieller PNET Ependymom WHO III

Tumorlokalisation

Hauptlokalisation supratentoriell / nicht pineal supratentoriell / pineal
(nur 1 Nennung möglich) infratentoriell
M-Stadium M0 M1 M2 M3
(Mehrfachnennungen mögl.) supratentoriell infratentoriell spinal

Datum der Operation _____ . _____ . _____

Beginn Radiotherapie _____ . _____ . _____

Ende Radiotherapie _____ . _____ . _____

Hospitalisierung während der Radiotherapie ja nein

Grund: Toxizität
Tumorprogression
Anreise
Anderes: _____

Anzahl der Tage _____ Tage

Behandelnde Kliniken (bitte Ansprechpartner für Rückfragen angeben)

Kinderklinik (Neurologische Klinik/ Medizinische Klinik): _____

Radioonkologische Klinik: _____

Datum _____ . _____ . _____ Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Akute maximale Nebenwirkungen während der Strahlentherapie

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Klinik _____ Klinik WB _____ Identifikationszahl _____

 TT MM JJ

<u>Knochenmarktoxizität</u>	Datum	Wert
Leukozyten - Nadir	____ . ____ . _____	____ . _____ x 10 ⁹ /L
Thrombozyten - Nadir	____ . ____ . _____	____ x 10 ⁹ /L
	Datum	Anzahl
Erythrozytentransfusion	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ . ____ . _____	____
Thrombozytentransfusion	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ . ____ . _____	____
G-CSF:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

<u>Neurotoxizität</u>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mäßig / vorübergehend <input type="checkbox"/> schwer/ anhaltend
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> bedrohlich / parenterale Ernährung
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> unter Medikation kontrolliert <input type="checkbox"/> unter Medikation kaum beherrschbar
<u>Infektionen</u>	
	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> gering / keine Therapie <input type="checkbox"/> mäßig / orale Antibiose
	<input type="checkbox"/> stark / i.v. Antibiose oder Antimykotika <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich / Sepsis
<u>Haut</u>	
	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion <input type="checkbox"/> geringes Erythem, Epilation, trockene Schuppung
	<input type="checkbox"/> Mäßiges Erythem, Ödem, vereinzelt Epitheliolysen
	<input type="checkbox"/> Starkes Erythem, Ödem oder konfluierende feuchte Epitheliolysen
	<input type="checkbox"/> Ulzeration, Hämorrhagie, Nekrose
<u>Schleimhaut</u>	
	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion <input type="checkbox"/> leichtes Enanthem <input type="checkbox"/> herdförmige Mukositis/ keine Analgetika
	<input type="checkbox"/> Konfluierende Mukositis / Analgetika
	<input type="checkbox"/> Nekrose, Ulzeration / parenterale Ernährung
<u>Ohr / Haut</u>	
	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion <input type="checkbox"/> Erythem/Otitis externa <input type="checkbox"/> seröse Otitis externa et media / lokale Therapie
	<input type="checkbox"/> sero-sangiöse Otitis externa et media / intensive Therapie
	<input type="checkbox"/> tiefe Ulzerationen, Nekrose, Osteochondritis

Datum _____ Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ (Fassung vom 24.03.2005) 2/11

Akute maximale Nebenwirkungen bei Abschluss der Strahlentherapie

Name, Vorname _____	Pat.-Nr. [][][][]	Klinik [][][]	Klinik WB [][]	Identifikationszahl [][][][][][][][][]	
_____				TT MM JJ	

<u>Knochenmarktoxizität</u>	Datum	Wert
Leukozyten - Nadir	[][] . [][] . [][][][]	[][] . [][] x 10 ⁹ /L
Thrombozyten - Nadir	[][] . [][] . [][][][]	[][] x 10 ⁹ /L
	Datum	Anzahl
Erythrozytentransfusion	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [][] . [][] . [][][][]	[][]
Thrombozytentransfusion	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [][] . [][] . [][][][]	[][]
G-CSF:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

<u>Neurotoxizität</u>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mäßig / vorübergehend	<input type="checkbox"/> schwer/ anhaltend
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> bedrohlich / parenterale Ernährung
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> unter Medikation kontrolliert	<input type="checkbox"/> unter Medikation kaum beherrschbar	
<u>Infektionen</u>	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> gering / keine Therapie	<input type="checkbox"/> mäßig / orale Antibiose	
	<input type="checkbox"/> stark / i.v. Antibiose oder Antimykotika	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlich / Sepsis		
<u>Haut</u>	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> geringes Erythem, Epilation, trockene Schuppung		
	<input type="checkbox"/> Mäßiges Erythem, Ödem, vereinzelt Epitheliolysen			
	<input type="checkbox"/> Starkes Erythem, Ödem oder konfluierende feuchte Epitheliolysen			
	<input type="checkbox"/> Ulzeration, Hämorrhagie, Nekrose			
<u>Schleimhaut</u>	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> leichtes Enanthem	<input type="checkbox"/> herdförmige Mukositis/ keine Analgetika	
	<input type="checkbox"/> Konfluierende Mukositis / Analgetika			
	<input type="checkbox"/> Nekrose, Ulzeration / parenterale Ernährung			
<u>Ohr / Haut</u>	<input type="checkbox"/> Keine Reaktion	<input type="checkbox"/> Erythem/Otitis externa	<input type="checkbox"/> seröse Otitis externa et media / lokale Therapie	
	<input type="checkbox"/> sero-sangiöse Otitis externa et media / intensive Therapie			
	<input type="checkbox"/> tiefe Ulzerationen, Nekrose, Osteochondritis			

Datum [][] . [][] . [][][][] Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Radiotherapie / Dosisverschreibung

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. Klinik Klinik WB Identifikationszahl
 TT MM JJ

Gesamtdosis / Fraktionierung

Zielvolumen	Gesamtdosis	Gy	Einzeldosis	Gy	Fraktionen/Tag	Therapietage/Woche
Ganzhirn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Spinalkanal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Aufsättigung hintere Schädelgrube (nur Medulloblastom)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Aufsättigung erweit. Tumorregion (alle MB/stPNETs / M+Ependymom)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
nur erweiterte Tumorregion (alle M0 Ependymome)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Boost Resttumor	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tumor, kumulativ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Metastasen, kumulativ, spinal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
cerebral:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ggf. stereotakt. fraktionierte RT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Stereotakt. Einzeit-RT			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy		

Min. – Max. (range) u. Mittlere Dosis im Risikoorgan in Gy (gerundet)

	Min.	-	Max.	Mittl.	Gy		Min.	-	Max.	Mittl.	Gy
Hypophyse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	Thalamus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy
Hirnstamm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	Chiasma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy
Innenohr li.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	Innenohr re.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy
Sehnerv li.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	Sehnerv re.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy
Augenlinse li	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	Augenlinse re	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy
Schilddrüse	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gy	(nur bei Neuroachsen-Bestrahlung)					

Unterbrechungen / Abbruch der Radiotherapie

Unterbrechungen ja nein

Unterbrechung/en RT - Anzahl insges.

Ausfall an Bestr.-Tagen - Anzahl ges. Tag/e

Unterbrechung vom/bis = Tage

vom/bis = Tage

Grund (Unterbrechung):

Toxizität Feiertage

Wunsch Pat / Eltern Andere:

Abbruch ja nein

am: _____

Grund (Abbruch):

Tumor-Progression

Toxizität

Wunsch Pat/Eltern

Andere: _____

Datum . . Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

DOKUMENTATION DER BESTRAHLUNGSTECHNIK

Kraniospinale Achse / Tumorregion I (Medulloblastom, stPNET, M+ Ependymom)

Name, Vorname	Pat.-Nr.	Klinik	Klinik WB	Identifikationszahl		
_____	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
				TT	MM	JJ

Ganzhirn (Seitenfelder/obere Cervicalregion)

Beginn RT (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□	RT- Ende (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□
Linearbeschleuniger	<input type="checkbox"/>	Energie (MV)	□□□

Spinalkanal

Beginn RT (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□	RT- Ende (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□
Linearbeschleuniger	<input type="checkbox"/>	Energie (MV)	□□□
		CO-60	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dosierungstiefe (kranial) in cm	□□ . □□ cm	Dosierungstiefe (kaudal) in cm	□□ . □□ cm
Elektronenfelder	<input type="checkbox"/>	Energie kraniales Feld (MeV)	□□
		Energie kaudales Feld (MeV)	□□□
		↓	
Dosisspezifikation kraniales Feld (Elektronen)	□□□ % Isodose	Dosisspezifikation kaudales Feld (Elektronen)	□□□ % Isodose
Wandernder Feldanschluß	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl spinale Felder	□□

Lagerungshilfen (kraniospinale Achse) - Mehrfachnennungen möglich

<input type="checkbox"/> Gesichtsmaske	<input type="checkbox"/> Gipsschale	<input type="checkbox"/> Vakuumkissen	<input type="checkbox"/> Andere:
<input type="checkbox"/> Bauchlage	<input type="checkbox"/> Rückenlage	Besonderheiten:	

Aufsättigung der hinteren Schädelgrube (nur Medulloblastome)

Beginn RT (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□	RT- Ende (Datum)	□□□ . □□□ . □□□□□□
Linearbeschleuniger	<input type="checkbox"/>	Energie (MV)	□□□
Gegenfelder	<input type="checkbox"/>	CT - Plan	<input type="checkbox"/>
Mehrfeldertechnik	<input type="checkbox"/>	3-D-Planung	<input type="checkbox"/>
		IMRT	<input type="checkbox"/>
Dosismax. %	□□□□ . □□	Dosismin. %	□□□□ . □□
		Dosisspitze (hot spot) %	□□□□ . □□
Lagerung	Rückenlage mit Maske	<input type="checkbox"/>	Bauchlage mit Gipsschale / Maske
	Rückenlage ohne Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum □□□ . □□□ . □□□□□□ Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ (Fassung vom 24.03.2005) 5/11

DOKUMENTATION DER BESTRAHLUNGSTECHNIK

Kraniospinale Achse / Tumorregion II (Medulloblastom, stPNET, Ependymom M+)

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Klinik _____ Klinik _____ Identifikationszahl _____

 TT MM JJ

Aufsättigung der erweiterten (Primär-) Tumorregion

Beginn RT (Datum) ____ . ____ . _____ RT- Ende (Datum) ____ . ____ . _____

Linearbeschleuniger Energien (MeV) von - bis ____ - ____ CO-60

Sicherheitsabstand zum postoperativen Tumorbett (Planungszielvolumen) (in mm) ____ mm

Gegenfelder CT - Plan MR für Planung

Mehrfeldertechnik 3-D Planung Bildüberlagerung

IMRT

Dosismax. % ____ . ____ Dosismin. % ____ . ____ Dosisspitze (hot spot) % ____ . ____

Lagerung

Rückenlage mit Maske

Bauchlage mit Gipsschale / Maske

Rückenlage ohne Maske

Bei postoperativem Resttumor bzw. bei Resttumor im Staging vor RT:

Reststaging MR bei 45 / 54 Gy erfolgt? nein ja: Resttumor ? ja nein

Boost Resttumor

Beginn RT (Datum) ____ . ____ . _____ RT- Ende (Datum) ____ . ____ . _____

Linearbeschleuniger Energien (MeV) von - bis ____ - ____

CO-60

Sicherheitsabstand zum aktuellen Resttumor (Planungszielvolumen) (in mm) ____

Gegenfelder CT - Plan MR für Planung

Mehrfeldertechnik 3-D Planung Bildüberlagerung

IMRT

Dosismax. % ____ . ____ Dosismin. % ____ . ____ Dosisspitze (hot spot) % ____ . ____

Lagerung

Rückenlage mit Maske

Bauchlage mit Gipsschale / Maske

Rückenlage ohne Maske

Datum ____ . ____ . _____ Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

DOKUMENTATION DER BESTRAHLUNGSTECHNIK Tumorregion mit Sicherheitsabstand (nur M0 Ependymome)

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Klinik _____ Klinik _____ Identifikationszahl _____
 _____ WB _____
 _____ TT MM JJ

Bestrahlung der erweiterten Tumorregion („involved field“)

Beginn RT (Datum) [][] . [][] . [][][][] RT- Ende (Datum) [][] . [][] . [][][][]

Linearbeschleuniger Energien (MV) von – bis [][] - [][] CO-60

Sicherheitsabstand zum postoperativen Tumorbett (Planungszielvolumen bis 60 Gy) (in mm) [][] mm

Gegenfelder CT - Plan
 Mehrfeldertechnik 3-D Planung MR für Planung
 IMRT Bildüberlagerung

Dosismax. % [][][] . [][] Dosismin. % [][][] . [][] Dosisspitze (hot spot) % [][][] . [][]

Lagerung

Rückenlage mit Maske Bauchlage mit Gipsschale/Maske
 Rückenlage ohne Maske

Feldverkleinerung:

Feldverkleinerung / Ausblockung von Risikoorganen nach 54 Gy ja nein
 Feldverkleinerung / Ausblockung von Risikoorganen nach 60 Gy ja nein

Bei postoperativem Resttumor bzw. bei Resttumor im Re-Staging vor RT:

Restaging MR bei 45 / 54 Gy nein ja: Resttumor ? ja nein

Boost Resttumor

Beginn RT (Datum) [][] . [][] . [][][][] RT- Ende (Datum) [][] . [][] . [][][][]

Linearbeschleuniger Energien (MeV) von - bis [][] - [][] CO-60

Sicherheitsabstand vom sichtbaren Tumor (in mm) [][] mm

Gegenfelder 3-D Planung
 Mehrfeldertechnik CT-Plan MR für Planung
 IMRT Bildüberlagerung

Dosismax. % [][][] . [][] Dosismin. % [][][] . [][] Dosisspitze (hot spot) % [][][] . [][]

Lagerung Bauchlage mit Gipsschale/ Maske
 Rückenlage mit Maske Rückenlage ohne Maske

Datum [][] . [][] . [][][][] Ort _____ Unterschrift _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

DOKUMENTATION DER BESTRAHLUNGSTECHNIK stereotaktische Einzeittherapie/ stereotaktische fraktionierte RT

(im Falle von Aufsättigung mehrerer Regionen bitte diesen Bogen kopieren und je Region ausfüllen)

Name, Vorname _____

Pat.-Nr. _____

Klinik _____

Klinik Identifikationszahl

WB

TT MM JJ

Durchmesser des (Rest-)Tumors (in mm) _____

Lokalisation (Zutreffendes bitte markieren):

Hintere Schädelgrube	<input type="checkbox"/>	Supratentoriell rechts	<input type="checkbox"/>	Supratentoriell links	<input type="checkbox"/>
Hirnstamm	<input type="checkbox"/>	Frontal	<input type="checkbox"/>	Temporal	<input type="checkbox"/>
Zwischenhirn	<input type="checkbox"/>	Parietal	<input type="checkbox"/>	Occipital	<input type="checkbox"/>

Kopffixierung:

Invasiver Rahmen Repositionierbarer Rahmen

Bestrahlungssystem:

Beschleuniger „Gamma knife“

Bestrahlungsplanung

Planungssystem: _____

MR für Planung Bildüberlagerung

Datum Planung _____

Datum Therapie/ Beginn _____

Geometrische Präzision vor Therapie gemessen ja nein

Datum Therapie/ Ende (bei fraktionierter Stereotaxie) _____

Geometrische Präzision (mittlere lineare Feldabweichung) (in mm) _____

Energie (Beschleuniger) von _____ MV

bis _____ MV

Vorgeschriebene Dosis Gy _____

ggf. Einzel- fraktion Gy _____

Oberflächendosis (Tumor) % _____

Dosismaximum % _____

Gy _____

Zahl der Isozentren _____

Kollimatordurchmesser (in mm) _____

Datum _____

Ort _____

Unterschrift _____

Name:

Vorname:

geb.:

(Fassung vom 24.03.2005)

NEBENWIRKUNGEN DER STRAHLENTHERAPIE 6 Monate nach Abschluß der Strahlentherapie

Name, Vorname _____ Pat.-Nr. _____ Klinik _____ Klinik WB _____ Identifikationszahl _____

 _____ TT MM JJ

Untersuchungsdatum [] [] . [] [] . [] [] [] []

Haut

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--|--|
| Pigmentierung | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> vorübergehend, gering | <input type="checkbox"/> dauerhaft, deutlich |
| Teleangiektasien | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> gering | <input type="checkbox"/> mäßig, < 50% <input type="checkbox"/> stark, > 50% |
| Fibrose / Narbe | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> vorhanden, asymptomatisch | <input type="checkbox"/> symptomatisch <input type="checkbox"/> Fehlfunktion |
| | | <input type="checkbox"/> totaler Funktionsausfall | |
| Ulkus / Nekrose | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> nur epidermal | <input type="checkbox"/> dermal <input type="checkbox"/> subkutan |
| | | <input type="checkbox"/> freiliegender Knochen | |
| Alopezie | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> ausdünnend | <input type="checkbox"/> fleckig <input type="checkbox"/> dauerhaft |
| | | <input type="checkbox"/> vollständig, dauerhaft | |

Schleimhaut

- | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---|---|--|
| Dysphagie | <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit bei fester Kost | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit bei weicher Kost | <input type="checkbox"/> nur Flüssigkeit möglich |
| | | <input type="checkbox"/> völlige Schluckunfähigkeit | | |
| Schleimhautintegrität | <input type="checkbox"/> intakt | <input type="checkbox"/> fleckförmige Atrophie oder Teleangiektasien | | |
| | | <input type="checkbox"/> diffuse Atrophie oder Teleangiektasien, oberflächl. Ulzerationen | | |
| | | <input type="checkbox"/> tiefe Ulzeration ohne Knochen oder Knorpelfreilegung | | |
| | | <input type="checkbox"/> tiefe Ulzeration mit Knochen oder Knorpelfreilegung | | |

Datum [] [] . [] [] . [] [] [] [] Ort _____ Unterschrift _____

NEBENWIRKUNGEN DER STRAHLENTHERAPIE

12 Monate nach Abschluß der Strahlentherapie und jährliche Kontrollen

Name, Vorname _____

Pat.-Nr. _____

Klinik _____

Klinik Identifikationszahl
WB _____

TT MM JJ

Untersuchungsdatum ____ . ____ . ____

Haut

- Pigmentierung** Keine vorübergehend, gering dauerhaft, deutlich
- Teleangiektasien** Keine gering mäßig, < 50% stark, > 50%
- Fibrose / Narbe** Keine vorhanden, asymptomatisch symptomatisch Fehlfunktion
 totaler Funktionsausfall
- Ulkus / Nekrose** Keine nur epidermal dermal subkutan
 freiliegender Knochen
- Alopezie** Keine ausdünnend fleckig dauerhaft
 vollständig, dauerhaft

Schleimhaut

- Dysphagie** Keine Schwierigkeit bei fester Kost Schwierigkeit bei weicher Kost nur Flüssigkeit möglich
 völlige Schluckunfähigkeit
- Schleimhautintegrität** intakt fleckförmige Atrophie oder Teleangiektasien
 diffuse Atrophie oder Teleangiektasien, oberflächl. Ulzerationen
 tiefe Ulzeration ohne Knochen oder Knorpelfreilegung
 tiefe Ulzeration mit Knochen oder Knorpelfreilegung

Anmerkungen:

Datum ____ . ____ . ____

Ort _____

Unterschrift _____

Name:

Vorname:

geb.:

(Fassung vom 24.03.2005)

Kommentare / Besonderheiten

Name
Vorname

Pat.-Nr.

Klinik

Klinik
WB

Identifikationszahl

TT MM JJ

Datum . .

Ort _____

Unterschrift _____

Name:

Vorname:

geb.:

(Fassung vom 24.03.2005)