ALL SZT-BFM Register 2003

MELDEFAX zur allogenen STAMMZELL-TRANSPLANTATION

Meldefax bitte jeweils schicken an die Studienzentralen:

O ALL-BFM 2000 **bzw.** **O ALL-REZ BFM 2002**

Fax-Nr. für Deutschland: +49-(0)431/597-4034 Fax-Nr. für Deutschland: +49-(0)30/450-566901

Fax-Nr. für Österreich: +43-(0)1/40170-7430 Fax-Nr. für Österreich: +43-(0)1/40170-7430

und

O ALL SZT-BFM Register 2003

Fax-Nr.: +43-(0)1/40170-7430

Initialen Vorname, Name | _____|

Geburtsdatum |__|__||__|__||__|__| O männl. O weibl.

TX-UPN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Erstbetreuende Klinik | _____|

Anzahl der Rezidive vor TX |__|

Einschlusskriterien:

Alter bei Erst- bzw. Rezidivdiagnose <18 Jahre	**O** ja	**O** nein
Remissionsstatus, aktuell	**O** CR	**O** nicht in CR
ALL ist kein Zweitmalignom	**O** ja	**O** nein
keine vorangegangene autologe oder allogene SZT	**O** ja	**O** nein, die geplante SZT ist die O zweite O dritte
Chemotherapie nach gültigem BFM- bzw. COALL-Protokoll?	**O** ja	**O** nein
Schwangerschaft ausgeschlossen?	**O** ja	**O** nein
Einwilligungserklärung liegt vor	**O** ja	**O** nein

Geplant ist eine **O** MSD **O** MD **O** MMD Transplantation

Geplantes Datum |__|__||__|__||__|__|

Wurde am |__|__||__|__||__|__| in unserer Klinik aufgenommen

Verantwortlicher Arzt | _____|

Adresse | _____|

Telefon | _____|

Telefax | _____|

E-Mail | _____|

Einverständnis zur Datenspeicherung liegt vor:
O Nein
O Ja; für:
O ALL SZT-BFM 2003 Register
O PRST O DRST O EBMT O IBMT-R

Weiterleitung der Daten ans PRST gewünscht
O Nein
O Ja

(Bei Zustimmung wird der EBMT MED-AB-Datensatz halbjährlich ans PRST weitergeleitet)

Datum, Unterschrift

Klinikstempel