

**HIT-REZ 2005 Registrierungsfax**(Bitte vor Therapiebeginn der Studienzentrale faxen!)

**Prof. Dr. Gudrun Fleischhack, Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinik für Kinderheilkunde III, Hämatologie/Onkologie, Hufelandstrasse 55, 45122 Essen  
Tel.: +49 (0) 201 723-84667/-2113/-2255, Fax: +49 (0) 201 723-5305**

<b>Patientendaten:</b> Name, Vorname: _____ Geb.-Datum / Geschlecht: _____ / <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Gewicht / Länge / KOF _____ kg / _____ cm / _____ m <sup>2</sup>		
<b>Histologisch gesicherte Diagnose:</b>	<input type="checkbox"/> Medulloblastom WHO <sup>IV</sup> <input type="checkbox"/> stPNET WHO <sup>IV</sup> <input type="checkbox"/> Pineoblastom WHO <sup>IV</sup> <input type="checkbox"/> infra-/supratentorielles anaplastisches Ependymom WHO <sup>III</sup> <input type="checkbox"/> infra-/supratentorielles Ependymom WHO <sup>II</sup>	
<b>Registrierungsnummer der Histologie:</b>	Örtliche Neuropathologie: _____   Ort _____ Referenzneuropathologie: _____	
<b>Aktuelle Rezidivdiagnose:</b>	<b>Datum der Bildgebung:</b> _____ <b>Lokalrezidiv:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Metastasen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> M1 (Liquor) <input type="checkbox"/> M2 (cerebral, cerebellar) <input type="checkbox"/> M3 (spinal) <input type="checkbox"/> M4 (Fernmetastasen) <b>Meningeosis (radiologisch):</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> M2a (cerebral/cerebellar laminär) <input type="checkbox"/> M2b (cerebral/cerebellar nodulär) <input type="checkbox"/> M3a (spinal laminär) <input type="checkbox"/> M3b (spinal nodulär)	
<b>Einschlusskriterien:</b> Erfüllt der Patient alle im Protokoll vorgesehenen Einschlusskriterien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> <b>Phase II-Studie: Intraventrikuläre Therapie mit Etoposid</b> <input type="checkbox"/> <b>P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastome/stPNETs)</b> <input type="checkbox"/> <b>E-HIT-REZ 2005 (Ependymome WHO<sup>II/III</sup>)</b>	
<b>Einverständniserklärung:</b> Wurden der Patient/ die gesetzlichen Vertreter eingehend über die Studie aufgeklärt und haben er/sie der Teilnahme an der Phase II-Studie, der P-/E-HIT-REZ 2005-Studie sowie der Weitergabe der Daten in Schriftform zugestimmt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (P...Medulloblastom/stPNET) (E...Ependymom)	<b>Einverständniserklärung für Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Phase II-Studie: intraventrikulär Etoposid <input type="checkbox"/> P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastom/PNET) <input type="checkbox"/> E-HIT-REZ 2005 (Ependymom WHO <sup>II/III</sup> )  <b>Einverständniserklärung für Begleituntersuchung:</b> <input type="checkbox"/> Pharmakokinetik - intraventrikulär Etoposid (P, E) <input type="checkbox"/> Leukenzephalopathie (P) <input type="checkbox"/> Neuropsychologie (P) <input type="checkbox"/> Lebenssituation/Lebensqualität (P, E) <input type="checkbox"/> Molekularbiologie des Tumors (P, E) <input type="checkbox"/> Somatostatinrezeptor-Szintigraphie (P)	<b>Datum</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>Datum ventrikulärer Zugang</b>	<input type="checkbox"/> Rickham-/Ommaya-Reservoir <input type="checkbox"/> VP-/VA-Shunt; permanent okkludierbar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____ _____
<b>Therapieentscheidung und Datum geplanter Therapiebeginn:</b>	<input type="checkbox"/> Phase II-Studie: intraventrikulär Etoposid* <input type="checkbox"/> P-HIT-REZ 2005 (Medulloblastom/PNET), <b>Wahlentscheid für</b> <input type="checkbox"/> Carboplatin/VP16-96h-DTI (IVCHT-Arm) <input type="checkbox"/> Temozolomid 150 mg/m <sup>2</sup> p.o. (OCHT-Arm) <input type="checkbox"/> E-HIT-REZ 2005 (Ependymom WHO <sup>II/III</sup> ) <input type="checkbox"/> Dok-Arm P-HIT-REZ 2005 oder E-HIT-REZ 2005	_____ _____ _____ _____
*Bei Teilnahme an der Phase II-Studie teilen Sie uns bitte die Lieferanschrift/Ansprechpartner/Telefon-, Fax-Nr. der Apotheke/Abteilung mit!		
<b>Meldende Klinik</b> _____	Name der/des Dokumentarin/Dokumentars _____	
<b>Name des meldenden Prüfarztes/Prüfärztin</b> _____	Name der/des Dokumentarin/Dokumentars _____	
<b>Telefon:</b> _____	<b>Fax:</b> _____	
<b>Datum der Unterschrift:</b> _____	<b>Unterschrift:</b> _____	