

3.1.1. Datenerfassungsbogen – allgemein

Datenerfassungsbogen

für **alle** Hodentumorpatienten mit Chemotherapie
per Post an BwZK / Urologie / z.Hd. OSA Dr. Nestler / Rübenacherstr. 170 / 56072 Koblenz
oder per Fax an: 0261-921-8890

Patienten-Name, Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Alter: _____ **Jahre**

Erstdiagnose: _____ Monat / Jahr

Histologie:

Seminom Nicht-Seminom

(-> histologische Anteile: _____)

Tumor-Stadium:

TNM-Klassifikation:

pT _____ pL _____ pV _____ N _____ M _____ S _____

Klinisches Stadium:

I IS IIA IIB IIC III

IGCCCG-Klassifikation (metastasierte Tumore):

good prognosis intermediate prognosis poor prognosis

Tumormarker bei Erstdiagnose:

AFP: _____ ng/ml β -HCG: _____ IU/l LDH: _____ U/l

Geplante Chemotherapie:

Chemoregime	Zyklenzahl
<input type="checkbox"/> PEB	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> PEI	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> TIP	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Carboplatin	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Hochdosis mit _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Anderes _____	

Stationär wie lange 3 Tage 9 Tage ambulant _____

Errechnetes Ende der gesamten Chemotherapie: _____

(DD/MM/JJJJ)

Applikation der Chemotherapie:

Gefäßzugang: ZVK Port periphere Vene
ZVK – Lokalisation: V. jugularis V. subclavia _____
Seite des Gefäßzugangs: links rechts

Risikofaktoren:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
 Nikotin (____PY) Adipositas Diabetes mellitus
 KHK Hypertonie Immobilität

Z.n. früherer Thrombose
 vor-OPs im Bauch – welche: _____
 Mechanische Kompression von Gefäßen (z. B. operative Gefäßeinengung, Tumormasse retroperitoneal): _____

Antikoagulation bereits vor Diagnose Keimzelltumor mit: _____
 Positive Familienanamnese für TEK(Brüder oder Vater)

Hb (vor Chemobeginn): _____ g/dl
Leukozyten (vor Chemobeginn) _____ / μ l
Thrombozyten (vor Chemobeginn) _____ / μ l

Antikoagulation:

ja nein wenn ja:
während allen Tagen im Zyklus? ja nein nur stationär
 Prophylaktische Dosis: ja nein (z.B. Enoxaparin 20-40mg 1x/d)
 Hoch-Prophylaktische Dosis: ja nein (z.B. Enoxaparin 60-100mg 1x/d)
 Andere (bitte spezifizieren, z.B. orale Medikation): _____

wie lange nach Abschluss der Chemo geplant: _____ Wochen
 Prophylaktische Dosis: ja nein (z.B. Enoxaparin 20-40mg 1x/d)
 Hoch-Prophylaktische Dosis: ja nein (z.B. Enoxaparin 60-100mg 1x/d)
 Andere (bitte spezifizieren, z.B. orale Medikation): _____

Antithrombosestrümpfe: keine stationär ambulant empfohlen

Thrombose zum jetzigen Zeitpunkt bekannt: ja nein