

Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!
per Fax an: 0228 287 90 80137

Patientenetikett <i>(bitte hier aufkleben)</i> <hr/> Name, Vorname <hr/> geboren am <hr/> Straße <hr/> PLZ/Wohnort <hr/> Versicherungsnummer	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Gewicht: _____ Größe: _____ stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <i>(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</i> Raucherstatus: <input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____ <input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____ <input type="checkbox"/> Nieraucher
Krankenkasse <input type="checkbox"/> GKV: _____ <i>(bitte konkrete Angabe)</i> <input type="checkbox"/> PKV: _____ <i>(bitte konkrete Angabe)</i> Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV IMMER angeben!)	
ECOG Performance Status <input type="checkbox"/> ECOG 0 <i>(normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</i> <input type="checkbox"/> ECOG 1 <i>(Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</i> <input type="checkbox"/> ECOG 2 <i>(gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</i> <input type="checkbox"/> ECOG 3 <i>(nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</i> <input type="checkbox"/> ECOG 4 <i>(völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</i>	
Histologie <input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamöses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom <input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____	
- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -	

Name, Vorname des Patienten: _____

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ-operabel: ja nein

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: - Bitte aktuellen Arztbrief beifügen -

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte: stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Universitätsklinikum Bonn
Nationales Netzwerk Genomische Medizin
Institut für Pathologie (Gebäude 62)
Sigmund-Freud-Str. 25
Tel: 0228 28716342
Mail: nngm-info@ukbonn.de

Per Fax an 0228 287 90 80137

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!

Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung EGFR

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation erfolgt? ja nein

Falls ja, welcher EGFR-TKI: _____ *(bitte unbedingt angeben!)*

2. Progress unter Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ja nein

3. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. – 3. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

ALK-Inhibitor Resistenz

1. Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation erfolgt? ja nein

2. Progress unter Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Therapie nach Progress mit folgendem ALK-TKI:

Ceritinib Alectinib andere, welche _____ keine Therapie

4. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. - 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

Kontakt:

Universitätsklinikum Bonn
Nationales Netzwerk Genomische Medizin
Institut für Pathologie (Gebäude 62)
Sigmund-Freud-Str. 25
Tel: 0228 28716342

Mail: nngm-info@ukbonn.de

Per Fax an 0228 287 90 80137

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!