



Anforderungsbogen Molekulare Diagnostik bei Lungenkarzinom

Hinweis: Bitte nur das **aktuelle** Anforderungsformular (siehe www.nngm.de) benutzen und **alle** Felder **deutlich** ausfüllen!

(Bei Interesse am Netzwerk nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf – Tel.: +49 351 458 3136)

| | |
|---|---|
| <p>Patientenetikett (<i>bitte hier aufkleben</i>)</p> <hr/> <p>Name, Vorname</p> <hr/> <p>geboren am</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ/Wohnort</p> <hr/> <p>Versicherungsnummer</p> | <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</p> <p>Gewicht: _____ Größe: _____</p> <p>stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> (zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</p> <p>Raucherstatus:</p> <p><input type="checkbox"/> Raucher, Pack Years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-Raucher: Stopp seit: _____ Jahren Pack Years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nie-Raucher</p> |
| <p>Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> GKV: _____ (<i>bitte konkrete Angabe</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (<i>bitte konkrete Angabe</i>)</p> <p>↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)</p> | |
| <p>ECOG Performance Status</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</p> | |
| <p>Histologie – Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen –</p> <p><input type="checkbox"/> Adenokarzinom <input type="checkbox"/> Plattenepithelkarzinom <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> Adenosquamöses Karzinom <input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____</p> | |
| <p>Tumorstadium</p> <p>1. Erstdiagnose (ED): _____ (Datum) Histopathologische Sicherung?: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>TNM-Status bei ED T:_____ N:_____ M:_____ UICC-Stadium: _____</p> <p>2. Aktuelles Tumorstadium: _____ (Datum)</p> <p>TNM-Status aktuell T:_____ N:_____ M:_____ UICC-Stadium: _____</p> <p>Kurativ-operabel: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rezidiv / Progress: ja <input type="checkbox"/> _____ (Datum) nein <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Therapie: – Bitte aktuellen Arztbrief beifügen –</p> | |



Bei nicht-doppelseitigem Druck: Name, Vorname des/r Patienten/in: _____

Anforderung

Molekularpathologische Erstdiagnostik (Komplette nNGM-Untersuchung¹)

Resistenztestung

(Voraussetzung Resistenztestung: 1. EGFR-Mutation oder ALK-Translokation liegt vor. 2. Progress unter Therapie mit EGFR- oder ALK-TKI. 3. Vorliegen einer Re-Biopsie oder Liquid Biopsy.)

Patient mit Progress unter EGFR-TKI-Therapie

Welche EGFR-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Patient mit Progress unter ALK-TKI-Therapie

Welche ALK-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Welches Material soll untersucht werden?

Probenbeschreibung/Art

Eingangsnummer, Entnahmedatum

Materialentnahme erfolgte: stationär ambulant

Name des/r Pathologen/in, Praxis, Klinik, Ort

Tumorboard-Empfehlung

Bei Vorliegen eines Ergebnisses, das eine Off-Label-Behandlung begründen könnte, wünsche ich die **Vorstellung des Falls im Thoraxboard** des UCC.

Ich möchte am Tumorboard **persönlich oder per Videokonferenz teilnehmen** (Einladung per E-Mail).

Unabhängig vom Untersuchungsergebnis besteht selbstverständlich für jeden Ihrer Fälle die Möglichkeit sie im UCC-Thoraxboard vorzustellen.

Kontakt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Universitäts KrebsCentrum UCC
Felix Saalfeld – nNGM-Zentrumsmanager
Haus 31, Zimmer 201
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel: 0351 458 3136
Fax: 0351 458 88 3136
E-Mail: ngminfo@ukdd.de

Einsender/in

Unterschrift / Stempel / Kontaktdaten

Die komplette Anforderung umfasst folgende **vollständig ausgefüllte** Formulare:

- Anforderungsbogen
- Arztbrief
- Pathologischer Befund (entfällt bei Primärdiagnostik im Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Dresden)
- Einwilligung des Patienten in nNGM
- Ggf. Teilnahmeerklärung des Patienten an integrierter Versorgung

¹ Umfasst alle therapeutisch relevanten Marker sowie Marker aus aktuellen klinischen Studien. Regelmäßige Anpassung an neue Forschungsergebnisse. Für Rückfragen steht Ihnen Ihr Zentrumsmanagement zur Verfügung.