



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!
per Fax an: **0201 723-5589**

Patientenetikett (bitte hier aufkleben) Name, Vorname _____ geboren am _____ Straße _____ PLZ/Wohnort _____ Versicherungsnummer _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Gewicht: _____ Größe: _____ stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> (zum Zeitpunkt dieser Anforderung) 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: _____ (bitte konkrete Angabe) <input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe) ↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)	
ECOG Performance Status <input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung) <input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich) <input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen) <input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden) <input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)	
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:

Erstdiagnose (ED) am: _____

TNM (initial): _____ UICC-Stadium (initial): _____

Falls potenziell kuratives Konzept, Datum des (letzten) Rezidivs: _____

- Es handelt sich aktuell um ein fortgeschrittenes, nicht-operables Stadium
(Dokumentation im lokalen Tumorboard)

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 Essen
Nationales Netzwerk Genomische Medizin
Institut für Pathologie
Hufelandstraße 55, 45147 Essen
Tel: 0201 723-2890
Fax: 0201 723-5926
Mail: pathologieukessen@uk-essen.de

Per Fax an 0201 723-5589

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 Essen
nationales Netzwerk Genomische Medizin
Institut für Pathologie
Hufelandstraße 55, 45147 Essen
Tel: 0201 723-2890
Fax: 0201 723-5926
Mail: pathologieukessen@uk-essen.de

Per Fax an 0201 723-5589

Einsender:

*Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!*