



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: **0731-500-56396**

<p>Patientenetikett (bitte hier aufkleben)</p> <p>_____</p> <p><i>Name, Vorname</i></p> <p>_____</p> <p><i>geboren am</i></p> <p>_____</p> <p><i>Straße</i></p> <p>_____</p> <p><i>PLZ/Wohnort</i></p> <p>_____</p> <p><i>Versicherungsnummer</i></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"/> Nieraucher</p>
<p>Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</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</p> <p><input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamöses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____</p> <p>- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -</p>	



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

Bitte Tumormaterial senden an:

**Institut für Pathologie
Universitätsklinikum Ulm
Stichwort: „nNGM“
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm**

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Uwe Gerstenmaier
Prof. Dr. Ralf Marienfeld
Uniklinikum Ulm
Institut für Pathologie
Albert-Einstein-Allee 23

Tel: 0731- 500- 56030
Mail: info.nngm@uniklinik-ulm.de

Per Fax an 0731- 500- 56396

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:

Uwe Gerstenmaier
Prof. Dr. Ralf Marienfeld
Uniklinikum Ulm
Institut für Pathologie
Albert-Einstein-Allee 23

Tel: 0731- 500- 56030
Mail: info.nngm@uniklinik-ulm.de

Per Fax an 0731- 500- 56396

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!