

**Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM**

per Fax an: 040/7410-54961

Bei Fragen zur Anforderung wenden sie sich bitte an: Tel.: 040/7410-52171

Hinweis: Bitte nur das aktuelle Anforderungsformular (siehe [www.nngm.de](http://www.nngm.de)) verwenden und alle Felder deutlich ausfüllen

 **Gewebediagnostik** **Blutdiagnostik (Liquid Biopsy)\* Bitte das Diagnostikset anfordern. und nur diese Röhrchen verwenden***Untersuchung der EGFR-Primärmutation oder T790M-Mutation* Ich bin ein Netzwerkpartner im nNGM\*

Netzwerkpartnernummer \_\_\_\_\_

 Ich bin (noch) kein Netzwerkpartner im nNGM\*\*

Bei Interesse am Netzwerkbeitritt nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. Email: nNGM\_Hamburg@uke.de

**Patientenetikett** (bitte hier aufkleben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

**Krankenkasse → Bitte konkrete Angabe** GKV: \_\_\_\_\_ PKV: \_\_\_\_\_ Basistarif  Standardtarif  Vollversichert  Beihilfe**Bitte bei PKV IMMER angeben****Geschlecht:**  m  w**Gewicht:** \_\_\_\_\_**Körpergröße:** \_\_\_\_\_stationär  ambulant 

(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)

**Raucherstatus:** Raucher, pack years: \_\_\_\_\_ Ex-Raucher, stopp seit: \_\_\_\_\_ Jahren  
pack years: \_\_\_\_\_ Nieraucher**Nur bei Blutdiagnostik anzugeben: Bei der Patientin / dem Patienten ist aufgrund** des Fehlens einer Tumormanifestation, die einer Biopsie zugänglich wäre des reduzierten Allgemeinzustands des unzumutbaren Risikos einer Biopsie bzw. zu erwartender Komplikationen der Ablehnung seitens der Patientin / des Patienten**keine Tumorbiopsie möglich.**

\*Einschlusskriterien Besondere Versorgung: Krankenhaus / Facharzt ist ein Netzwerkpartner im nNGM und hat die Beitrittsvereinbarung unterzeichnet. Diagnose: nicht kurativ behandelbares, nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (Erstdiagnose oder therapierelevantes Rezidiv). Umsetzung der Therapieziele innerhalb der med. absehbaren Überlebenszeit.

\*\*Kosten für molekularpathologische Diagnostik werden dem Anforderer in Rechnung gestellt.



Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

### ECOG Performance Status

- ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)
- ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)
- ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)
- ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)
- ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)

### Histologie → Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen

- Adenokarzinom       Adenosquamoses Karzinom       Plattenepithelkarzinom
- Großzellig-neuroendokrines Karzinom       Maligne Neoplasie
- andere: \_\_\_\_\_

*Info: Kleinzellige Bronchialkarzinome sind kein Bestandteil der Besonderen Versorgung.*

### 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/ therapierelevanter Progress:** ja  nein  Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

### Therapie: → Bitte den aktuellen Arztbrief beifügen

#### **Nur bei Gewebediagnostik anzugeben:**

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

**Materialentnahme erfolgte:** stationär  ambulant

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

### Anforderung

- Molekularpathologische Erstdiagnostik /**

Komplette nNGM-Untersuchung, sofern ausreichend Tumormaterial vorhanden ist, umfasst alle therapeutisch relevanten Marker sowie Marker aus aktuellen klinischen Studien.  
Bei Fragen zur Diagnostik wenden Sie sich bitte an das nNGM-Zentrum \_\_\_\_\_ Rufnummer \_\_\_\_\_.



Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

**Resistenztestung**

Voraussetzung für die Resistenztestung: 1. EGFR-Mutation oder ALK/ROS1-Translokation liegt vor.  
2. Progress unter Therapie mit EGFR- oder ALK/ROS1-TKI. 3. Vorliegen einer Re-Biopsie oder Liquid Biopsy.

**Welche EGFR Primärmutation:** Exon \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_ p. \_\_\_\_\_  
(diese Angabe ist für die Diagnostik zwingend erforderlich)

**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 → nur bei Gewebe anfordern**

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

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Patient mit Progress unter ROS1-TKI-Therapie → nur bei Gewebe anfordern**

Welche ROS1-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**Tumorboard**

Unabhängig vom Untersuchungsergebnis besteht selbstverständlich für jeden Ihrer Patienten die Möglichkeit, sie im nNGM-Tumorboard vorzustellen.

**Ich wünsche eine Vorstellung des Falls im Tumorboard des nNGM am nNGM-Zentrum \_\_\_\_\_**

**Ich möchte am Tumorboard persönlich oder per Telefonkonferenz teilnehmen.**  
Sie erhalten eine Einladung. Bitte geben Sie uns hierzu Ihre **E-Mail-Adresse** an: \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten des nNGM-Zentrums:**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Institut für Pathologie / nNGM  
Prof. Sauter  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

**Kontaktdaten des Anforderers / Einsenders:**