**Postoperatives Tumorkonsil Brustzentrum Datum:**

**vorstellende** **Klinik /Extern:**

**Patientendaten:**

**Name****:** **Vorname:** **Anamnese:**

Wohnort:       Alter:      ECOG:

Geburtsdatum:       Aufnahmedatum:       MP Status: [ ]  prä / [ ]  post / [ ]  unklar

Telefon:       FA: Mamma-Ca/Ovarial-Ca: Wer? Alter bei ED:

Fallnummer:       Gyn.FA:

Nebenerkrankungen:

Thrombose/Embolien [ ] nein [ ] ja, wann:

Z.n. neoadjuvanter Therapie: [ ] nein [ ] ja, welche:       TNM vor Chemo.:

**aktuelles klinisches Staging:** [ ] rechts /[ ]  links [ ] palp. / [ ] nonpalp. Größe:

 LK Status: [ ] cN 0 /[ ]  cN 1

**Diag: Datum:** Stanze:       VB:      DE:      [ ] intern/[ ] extern Wo:

**Befund:** [ ] inv. [ ] inv. dukt. [ ] inv.lob. [ ] DCIS [ ] sonstige:

**OP:** Datum:       [ ] DE [ ] BET [ ] NSM [ ] SSM [ ] Ablatio / [ ] Ax LAD [ ] SLN

 [ ]  IORT sonstige:

**Histologie:**

 T      (     cm)       N      (     /     ) / SLN      (     /     )

cM       G       L V R

 IHC: Östrogen (IRS)  Progesteron (IRS):  CISH:       HER 2 Score  Ki 67: %

  [ ]  Genexpressions-Test:       [ ]  niedriges Risiko [ ]  hohes Risiko

**Schnittränder**: Rmin:

**Nachresektion:** **[ ]** ja / [ ] nein       Datum:

Ergebnis:       Rest TM: [ ] ja / [ ] nein Schnittrand:

**Staging:**

OB [ ] Sono/ [ ] CT/[ ] MRT: [ ] o.p.B. / [ ] pathologisch:

Thorax: [ ] Rö /[ ] CT/[ ] MRT: [ ] o.p.B. / [ ] pathologisch:

Skelett: [ ] Szinti/[ ] CT/[ ] MRT: [ ] o.p.B. / [ ] pathologisch:

**Therapie** [ ] Patientenwunsch:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Therapie:** | **Vorschlag** | **Konsil:** | **Unterschrift Leiter** |
| Chemo-therapie |        |        | CA Dr. Brunzlow  |
| Hormon-therapie |        |        | …………… |
| zielgerichtete Therapie einschl.Antikörper |        |        | **Unterschrift Vertreter** |
| Studie |        |        | CÄ Dr. Sawatzki |
| Strahlen-therapie |        |        | …………… |
| weitere Therapie |        |        |  |

**[ ] Genetische Beratung empfohlen(ab Score:3) Score:**

[ ]  Weitere Diagnostik vor Empfehlung notwendig/Wiedervorstellung

**Teilnehmer der Tumorkonferenz:**

**Name:       Vorname:      Geburtsdatum:**

 **Befundbesprechung: Datum:**

Begründung, falls keine Empfehlung oder **keine** Durchführung der Therapie erfolgt:

Welche Therapie wird **nich**t empfohlen/dgf :

Grund: [ ]  Ablehnung durch Patientin [ ]  Komorbide / red. AZ/Alter [ ]  Vorbelastung

Die Epikrise wurde der Patientin ausgehändigt.

Stempel / Unterschrift Arzt

Abkürzungen:

ECOG Klassifikation Allgemeinzustand MP Menopausenstatus

IHC Imunhistochemie VB Vakuumbiopsie

IRS Immunreaktives Score DE Diagnostische Extirpation

Ö Östrogenstatus BET Brusterhaltende Therapie

P Progesteronstatus AxLAD Axilläre Lymphadenektomie

TM Tumor SLN Sentinel-Node-Biopsie

FA Facharzt LK Lymphknoten

p pathologisch c klinisch

T Tumor N Nodulus

M Metastasen o.p.B. ohne Befund

Idem Konsilentscheidung entspricht dem Therapievorschlag

IORT Intraoperative Strahlentherapie

genetische Beratung: Checkliste DKG Ärztekammer Westfalen-Lippe