**Postoperatives Tumorkonsil**  **Lokalrezidiv / kontralaterales Ca**

**vorstellende Klinik/extern:** **Datum:**

**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:

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

Nebenerkrankungen: Thrombose/Embolien? nein ja, wann:

**ED**(Jahr)       rechts/ links:       T  N      M      G       IHC Ö:      P:       Her2      Ki67:       % L: V:   OP:

Therapie: Chemotherapie:        Endokrin:       Antikörper:       Radiatio:

**klinisches Staging:** rechts / links palp. / nonpalp. Größe:       cm

LK Status: cN 0 / cN 1

**Diagnose –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      (     /     ) / pSLN      (     /     )

cM       G L V R

IHC: Östrogen (IRS)       Progesteron (IRS):       CISH:     HER 2 :       Ki67:      %

Genexpressions-Test:        niedriges Risiko  hohes Risiko

**Schnittränder**: Rmin:

**Nachresektion:** ja / nein       Datum:       Ergebnis:       Rest TM: ja / nein

**Staging:**

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

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

Skelett: Szinti/Rö/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/WV**

**Teilnehmer der Tumorkonferenz:**

**Patientendaten**

**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.B. ohne Befund

Idem Konsilentscheidung entspricht dem Therapievorschlag

IORT Intraoperative Strahlentherapie

genetische Beratung: Checkliste DKG Ärztekammer Westfalen-Lippe