**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