**Tumorkonsil Metastasierung 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Ereignis** | **Therapie** |
| **Erstdiagnose**Jahr:  | T      N     M     G     IHC Ö:    P     HER 2      Ki 67:     % |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AKTUELL 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:

ZNS: [ ] CT / [ ] MRT [ ]  o.p.B./[ ] pathologisch:

**AKTUELL Histologie:**

**Therapie** [ ] Patientenwunsch:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Therapie:** | **Vorschlag** | **Konsil:** | **Unterschrift Leiter** |
| Chemotherapie |        |        | CA Dr. Brunzlow  |
| Hormontherapie |        |        | ………………… |
| zielgerichtete Therapie einschließlich Anitkörper |        |        | **Unterschrift Vertreter** |
| Studie |        |        | CÄ Dr. Sawatzki |
| Strahlentherapie |        |        | ………………… |
| weitere Therapie |        |        |  |

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

[ ]  Weitere Diagnostik vor Empfehlung notwendig/[ ]  Wiedervorstellung

**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