

Leiter: CA Dr. med. K. Schenke (Urologische Abteilung)
E-Mail: prostatakarzinomzentrum@kh-luckenwalde.de

Saarstraße 1
14943 Luckenwalde
Tel. 03371 / 699-406

Befundbogen der posttherapeutischen Konferenz vom _____

Patient:

Herr _____ geboren am _____
Anschrift _____
Telefon _____

Anmeldender Urologe (Stempel)

Datum: _____

Anamnese:

PCa-Erstdiagnose (/Monat/Jahr): _____ / _____ Ausgangs-PSA-Wert: _____ ng/ml

Primäres Tumorstadium: ___ T ___ G ___ Gleason ___ + ___ = ___ N ___ M ___ Lokalisation: _____

Primärtherapie: Radikale Prostatektomie retropubisch laparoskopisch nerverhaltend rechts links

Wann: _____ Radiatio (Art _____ Dosis _____ Gy) GnRH Antiandr MAB Orchiektomie

Histologie: _____

Adjuvante Therapie: nein Radiatio GnRH Antiandr MAB (von _____ bis _____) Orchiektomie

Bemerkungen: _____

Aktueller PSA-Wert: _____ ng/ml

Table with 3 columns: PSA-Verlauf (ng/ml), Monat/Jahr, therapeutische Maßnahmen. Includes PSA-doubling-time, PSA-velocity, and HRPCa seit.

Bemerkungen: _____

Aktuell:

Lokalrezidiv: nein ja klinisch stanzbioptisch

Knochenszintigraphie vom _____: M0 / M1: _____

CT / MRT vom _____: o.p.B. / path. Bef. / M 1 : _____

Symptome: keine / _____

Kontinenz: erhalten inkontinent (ICS _____)

Erektion: erhalten ED (IIEF _____)

Miktion: o.p.B. Nykturie: _____-mal _____ ml Restharn

Bemerkungen: _____

(Nur vom PKZ auszufüllen)

Empfehlungen

- Radiatio adjuvant palliativ / Region _____
 Hormontherapie (GnRH Antiandrogen MAB Orchiektomie)
 Chemotherapie (Schema: _____ Zyklen: (____) Studie: _____)
 Vorstellung Schmerztherapeut
 PSA-Monitoring watchfull waiting Restaging (wann: _____ wie: _____)
 Salvage-Radiatio (adjuvante HAT neoadjuvante HAT)
 Salvage-Prostatektomie (adjuvante HAT neoadjuvante HAT)
 Zusatzdiagnostik (Szinti CT MRT PET-CT)
 Sonstiges _____

Die Einwilligung zur Aufnahme in das klinische Krebsregister liegt vor: ja vom _____ nein

_____, den _____