

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

Saarstraße 1
14943 Luckenwalde
Tel. 03371 / 699-406

Befundbogen der prätherapeutischen Konferenz vom _____
Patient:

Herr _____ geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Anmeldender Urologe (Stempel)

Datum: _____

Tumorklassifikation T ___ G ___ Gleason ___ + ___ = ___ N ___ M ___

Ausgangs-PSA: _____ ng/ml

Stanzbiopsie vom _____ **Anzahl pos.:** _____ von _____ Stanzen

PCa in max. _____ % der Stanze(n)

Lokalisation: rechts ___ / ___ (basal lat. mitte lat. apikal basal transitional mitte)

links ___ / ___ (basal lat. mitte lat. apikal basal transitional mitte)

inzidentelles PCA: TUR-P HoLEP MILLIN am: _____ res. Vol. _____ Anteil PCA _____ %

DRU: nicht suspekt / T _____ (re li bds.) **TRUS:** ca. _____ ml Prostatavolumen, _____

Knochenszintigraphie vom _____ : M0 / M1: _____ Befund s. Anlage

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

Miktion: o.p.B. Nykturie: _____ mal Sonstiges: _____

Ultraschall: o.p.B. _____ ml Restharn Sonstiges: _____

IIEF: _____ **ICS:** _____ **IPSS:** _____

Nebenerkrankungen **ja** **nein** **Familienanamnese:** PCa nein ja wer? _____

Arterieller Hypertonus **Malignom:** nein ja wer? _____ Entität: _____

KHK

Herzinfarkt

Zustand nach Apoplex

Falthrom (bis: _____)

ASS/Plavix

Diabetes mellitus Typ I Typ II insulinpflichtig


Malignom wenn ja, Art: _____

Weitere: _____

Vor-Operationen: keine / _____

Bemerkungen: _____

(Nur vom PKZ auszufüllen)

Nomogramme: **Partin**  Memorial Sloan-Kettering Cancer Center : organbegr. Wachstum: _____ % **Risiko für: pT3** _____ % **pT3b** _____ % **pN1** _____ %

Kattan (5-jähriges progressionsfreies Überleben) : nach: RPX: _____ % , nach RT (72 Gy): _____ nach Brachytherapie _____ %

Statistische Lebenserwartung: _____ Jahre Charlson-Score: _____ LZ ECOG (0-4) _____ ASA (1-6) _____

Therapieempfehlung (Rangliste 1. bis x.)

_____ Radikale Prostatektomie (offen laparoskopisch Nerverhalt: ja nein rechts links)

_____ perkutane Strahlentherapie (zuvor Lymphadenektomie adjuvante HAT neoadjuvante HAT)

_____ LDR-Brachytherapie (zuvor Lymphadenektomie adjuvante HAT neoadjuvante HAT)

_____ HDR-Brachytherapie (zuvor Lymphadenektomie adjuvante HAT neoadjuvante HAT)

_____ Hormontherapie (GnRH Antiandrogen MAB)

_____ active surveillance

_____ watchfull waiting

_____ Studie: _____

_____ Sonstiges / Bemerkungen _____

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

Ort _____, den _____ Datum _____ Unterschrift Facharzt _____

Patient: _____

geb. am: _____

(nur vom anmeldenden Urologen auszufüllen)

Laborbefunde vom _____				
Hb	Hk	Leuko	Thrombo	Ery
K	Na	Glukose	Bilirubin	HST
Krea	GGT	ALAT	PTT	Quick
INR	CRP	TSH	Blutgruppe	
Urinstatus vom _____			PSA-Verlauf _____ _____	
Mikrobiologischer Urinbefund vom _____			Urethrozystoskopie (fakultativ) vom _____ Urethra: _____ Blasenhals: _____ Schleimhaut: _____ Ostien: _____ Sonstiges: _____ _____ _____	
Uroflowmetrie vom _____ Miktionsvolumen: _____ Miktionsdauer: _____ Maximalflow: _____ Kurvenverlauf: _____				
EKG vom _____ <input type="checkbox"/> altersgerecht <input type="checkbox"/> pathologisch (Befund in der Anlage!)				
Röntgen-Thorax vom _____ <input type="checkbox"/> altersgerecht <input type="checkbox"/> pathologisch (Befund in der Anlage)				
Klinischer Befund vom _____				
AZ _____ EZ _____ Haut _____ Ödeme _____ Zyanose _____ Schleimhäute _____			Abdomen Bauchdecke _____ Peristaltik _____ OP-Narben _____ Hernien _____ AS _____ DS _____ Nierenlager _____	
Cor Frequenz: _____ RR: _____ Herztöne: <input type="checkbox"/> rein <input type="checkbox"/> rhythmisch _____ NG <input type="checkbox"/> arrhythmisch			Äußeres Genitale Hoden _____ Phimose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	
Pulmo VA _____ RG _____ KSD _____ Giemen/Brummen: _____ Seitendifferenz: _____			Extremitäten _____ _____ _____	