

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

Saarstraße 1
14943 Luckenwalde
Tel. 03371 / 699-406

Anlage 3.5 a zum Kooperationsvertrag

Nachsorgeformular Prostatakarzinom

Patient:

Herr _____ geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

Urologe (Stempel)

Anamnese:

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

Primäres Tumorstadium: ___ T ___ G ___ Gleason ___ + ___ = ___ R ___ N ___ (___ / ___) M _____

Primärtherapie: Radikale Prostatektomie retropubisch laparoskopisch nerverhaltend rechts links
 Radiatio (Art _____ Dosis _____ Gy) GnRH Antiandr MAB Orchiektomie

Wann: _____

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

Bemerkungen: _____

Aktueller PSA-Wert: _____ ng/ml

PSA-Verlauf	Monat/Jahr	therapeutische Maßnahmen:
_____ ng/ml	(_____)	_____
_____ ng/ml	(_____)	_____
_____ ng/ml	(_____)	_____
_____ ng/ml	(_____)	_____
_____ ng/ml	(_____)	_____

PSA-doubling-time: _____ Monate
PSA-velocity: _____ ng/ml/yr
HRPCa seit _____
(Testost.<20-50 ng/ml_am: _____)

Bemerkungen: _____

Hormonablation: von _____ bis _____

Aktuell:

Lokalrezidiv: nein ja klinisch stanzbiotisch

Klinische Befunde / rektaler Tastbefund: _____

Kontinenz: erhalten inkontinent (ICS _____)

Erektion: erhalten ED (IIEF _____)

Sonografie der Nieren, Restharn: _____

Labor: BB _____ Krea _____ AP _____ Elektrolyte _____ SBS _____

Knochenszintigraphie vom _____: M0 / M1: _____

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

Symptome: keine / _____

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

Bemerkungen: _____

Datum _____

Stempel _____

Unterschrift _____