

(sending institution, please stamp here):

phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
extension please

patient label  
name, date of birth, address

**GHSG Studienzentrale**  
Uniklinik Köln

50924 Köln  
Germany

phone: +49 221 / 478-88166  
fax: +49 221 / 478-88188

# STAGING FORM

completion of staging 
    
day month year

ST

**Trial: AVD-Rev**

Case ID: \_\_\_\_\_ CRF ID: \_\_\_\_\_

Please state **all** involved sites using the **keycode**: **0 = examined and negative**  
**1 = examined and involved**  
**2 = bulk** (≥ 5 cm / CT, please state size in cm)  
**5 = not examined**

**Nodal involvement:**

<p><b>right</b></p> <p>1 Waldeyers ring <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3 upper cerv./ nuchal/ submand. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5 cervical <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7a supraclav. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7b infraclav. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9 axillary <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11a upper mediastinum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12 lung hilum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17a liver hilum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17b coeliac <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18 mesenterial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>22 iliacal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>24 inguinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>left</b></p> <p>2 Waldeyers ring <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4 upper cerv./ nuchal/ submand. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6 cervical <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8a supraclav. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8b infraclav. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10 axillary <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11blower mediastinum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13 lung hilum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19 spleen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20 splenic hilum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21 paraaortal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23 iliacal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>25 inguinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

**Organ involvement:**

<p>E-lesions dis. invol. (stage IV)</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>14 lung left</p> <p>15 lung right</p> <p>16 liver</p> <p>26 bone</p> <p>27 bone marrow</p> <p>28 pleura</p> <p>29 pericardium</p> <p>other organ invol. _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

in case of bone or other organ involvement, please specify: \_\_\_\_\_

30 other nodal involvement?  (please specify): \_\_\_\_\_

which lymph node was resected (No.):

**Obligatory Staging Examinations:**

yes no	yes no
CT chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	chest x-ray <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CT abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	BM biopsy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**NMR instead CT?**

yes no
NMR neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NMR chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NMR abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Not obligatory:**

yes no
PET <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CT neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Risk Factors:**

large mediast. mass (≥ 1/3 of max. thorax diam.) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<div style="font-size: 2em;">}</div>	max. mass diameter (in chest x-ray p.a.) <input type="text"/> cm
extranodal invol. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		max. thorax diameter <input type="text"/> cm
high ESR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		
3 or more lymph nodes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		

**Staging Classification (Ann Arbor):**

stage (I-IV) <input type="text"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
(CS/PS)			

**Remarks:**

day month year

Investigator signature \_\_\_\_\_