

(Stempel des einsendenden Instituts):

Patientendaten (einschl. Geburtsname und -datum)  
bitte auch auf den Durchschriften!

Telefon: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Bitte mit Durchwahl

GHSG Studienzentrale  
Uniklinik Köln

50924 Köln

Tel: 0221/ 478- 88200 / -88163

Fax: 0221/ 478- 88188

# CHEMOTHERAPIEBOGEN PVAG-14

# C

Studie: **PVAG-14 Pilot**

Bogen-ID:

Case-ID:

erster Therapietag	____. Kurs			____. Kurs		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
letzter Therapietag	____. Kurs			____. Kurs		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr

Traten Toxizitäten CTC Grad 3/4 auf?

____. Kurs	____. Kurs
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Bei Toxizitäten CTC Grad 3/4 bitte vollständig dokumentieren:

	3	4	3	4
Anaemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukositis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urogenitaltrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirationstrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikam. Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tag	nur Gesamtdosis in mg/Zyklus angeben!	
Prednison	50 mg abs. 1-3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vinblastin	6 mg/m <sup>2</sup> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doxorubicin	<input type="checkbox"/> 25 mg/m <sup>2</sup> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 35 mg/m <sup>2</sup> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gemcitabin	1000 mg/m <sup>2</sup> 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 mg Neulasta <sup>®</sup> an Tag 2	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erythropoetin	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.
Thrombozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.
Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Anz.

febrile Neutropenie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tage stationär wg. feb. Neutrop.	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage
Leuko's < 1000	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage
davon Tage ≥ 38° C	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage	<input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> Tage

<b>Labor vor Therapiebeginn:</b>		
Hb <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leukozyten x 10 <sup>3</sup> /μl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Thrombozyten x 10 <sup>3</sup> /μl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dosisreduktion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Therapieverzögerung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Abbruch (wenn ja, bitte Abbruchbogen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Begründung:</b>		
Progress unter Therapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Toxizität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
auf Patientenwunsch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
HL unabhängige Erkrankung wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (in Druckschrift)

ORIGINAL UND 1 DURCHSCHRIFT  
an das Studiensekretariat Köln senden  
2. DURCHSCHRIFT FÜR BEHANDELNDEN ARZT