

(Stempel des einsendenden Instituts):

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

Telefon: (_____) _____ - _____ Bitte mit Durchwahl

GHSG Studienzentrale
Uniklinik Köln

50924 Köln

Tel: 0221/ 478- 88200 / -88163

Fax: 0221/ 478- 88188

RESTAGINGBOGEN

RE

Datum des Restagings

Tag	Monat	Jahr

Studie: **PVAG-14 Pilot**

Bogen-ID:

Case-ID:

Anlaß des Restagings:

- RE nach 4 Kursen Chemotherapie
- RE nach Ende der Chemotherapie
- RE nach Bestrahlung
- Abbruch d. protokollgem. Therapie

Laborwerte:

Leuko. , x 10³/μl

Erythrozyten x 10⁶/μl

Hb , g/dl mmol/l

Thrombozyten x 10³/μl

bitte **unbedingt alle** Lokalisationen mit Zifferncode angeben:

0 = untersucht + nicht befallen/vollständig zurückgebildet (CR)

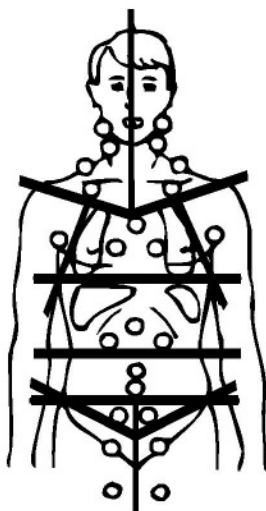
1 = befallen

2 = PRO

5 = nicht untersucht

Rechts:

- 1 Waldeyer Ring
- 3 hochzer./nuch./subm.
- 5 zervikal
- 7a supraclav.
- 7b infraclav.
- 9 axillär
- 11a oberes Mediastinum
- 12 Lungenhilus
- 17a Leberhilus
- 17b zöliakal
- 18 mesenterial
- 22 iliakal
- 24 inguinal/femoral



Links:

- 2 Waldeyer Ring
- 4 hochzer./nuch./subm.
- 6 zervikal
- 8a supraclav.
- 8b infraclav.
- 10 axillär
- 11b unteres Mediastinum
- 13 Lungenhilus
- 19 Milz
- 20 Milzhilus
- 21 paraaortal
- 23 iliakal
- 25 inguinal/femoral

Organbefall:

- 14 Lunge li
- 15 Lunge re
- 16 Leber
- 26 Skelett
- 27 KM
- 28 Pleura
- 29 Pericard
- sonstige

Klartext für Skelett oder sonstigen Organbefall:

30 sonstige nodale Lokalisation (Klartext): _____

durchgeführte Untersuchungen:

- CT-Hals CT-Thorax CT-Abdomen PET
- NMR-Hals NMR-Abdomen Skelettszinti

Therapieerfolg: (Definitionen siehe Rückseite)

- CR mit vollständiger Rückbildung CRr mit kontrollbedürft. residualen Auffälligkeiten PR NC PRO

Weiteres Vorgehen erfolgt nach Prüfplan: ja nein → bitte Abbruchbogen ausfüllen

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift (in Druckschrift)