

(Stempel des einsendenden Instituts)  Telefon: _____	Patientendaten (einschl. Geburtsname und -datum) Bitte auch auf den Durchschriften
GHSG Studienzentrale Unikliniken Köln  50924 Köln  Tel.: 0221 / 478-88200, - 88163 Fax: 0221 / 478-88188	<h2 style="margin: 0;">NACHSORGEBOGEN LANGZEITTOXIZITÄT</h2>
	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <span style="font-size: 2em; font-weight: bold;">LT</span>  <b>Nach- sorge</b>  <b>V 2.0</b> </div>
	Datum der Untersuchung <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> Tag    Monat    Jahr

<b>Studie:</b> <b>PVAG-14 Pilot</b>	<b>Bogen ID:</b> <b>Case ID:</b>
-------------------------------------	----------------------------------

<b>1) SYMPTOME SEIT THERAPIEENDE:</b> <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite) <input type="checkbox"/> Nein, bei 2 fortfahren <input type="checkbox"/> Ja, bitte folgendes ausfüllen		
Belastungsdyspnoe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Leistungsminderung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hypotonie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ruhedyspnoe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Angina pectoris <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hypertonie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Orthopnoe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	KHK <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Lokalisation _____
Nykturie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Palpitationen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ödeme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Lokalisation _____

<b>2) UNTERSUCHUNGEN KARDIO</b> <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)			
<b>Echo</b>	<b>EKG</b>	<b>RR</b>	
LVEF <input type="text"/> % E/A <input type="text"/>   <input type="text"/> DT <input type="text"/>   <input type="text"/> ms Tei-Index <input type="text"/>   <input type="text"/> Perikarderguß <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="text"/> cm	<b>Klappenfunktionsstörungen</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <b>Regionale Wandbewegungsstörungen</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	HF <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> bpm Pathologischer Befund <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgender: _____ <b>Serologie</b> Kreatinin <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Einheit                    _____	

<b>ANAMNESE FERTILITÄT</b> <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)	<b>UNTERSUCHUNGEN LUNGE</b>
<b>Zyklusanamnese / Spermogramm</b>	<b>Lungenfunktion</b> (falls nicht erfolgt, bitte mit Not Done = ND markieren)

<input type="checkbox"/> Nein, nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ja, ohne pathologischen Befund <input type="checkbox"/> Ja, pathologischer Befund: _____	Vitalkapazität <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> %    DLCO <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> % PO2 <input type="text"/> mmHg                    PCO2 <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> mmHg
---	---

<b>Kontrazeption</b> (bitte nur bei weiblicher Patientin ausfüllen)	<b>Serologie</b>	<input type="checkbox"/> Nein, nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ja, ohne pathologischen Befund <input type="checkbox"/> Ja, pathologischer Befund: _____																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Hormonell z.B. die Pille, GnRH - Analoga</td> <td style="width:15%;">Während Therapie</td> <td style="width:15%;"> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____         </td> <td style="width:15%;">FSH Einheit    <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>aktuell</td> <td> <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____             Letzte Einnahme: _____ Datum         </td> <td>LH Einheit    <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>β -Östradiol Einheit    <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Testosteron Einheit    <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>AMH Einheit    <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Inhibin B Einheit    <input type="text"/></td> </tr> </table>	Hormonell z.B. die Pille, GnRH - Analoga	Während Therapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____	FSH Einheit <input type="text"/>		aktuell	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____  Letzte Einnahme: _____ Datum	LH Einheit <input type="text"/>				β -Östradiol Einheit <input type="text"/>				Testosteron Einheit <input type="text"/>				AMH Einheit <input type="text"/>				Inhibin B Einheit <input type="text"/>		
Hormonell z.B. die Pille, GnRH - Analoga	Während Therapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____	FSH Einheit <input type="text"/>																							
	aktuell	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit: _____  Letzte Einnahme: _____ Datum	LH Einheit <input type="text"/>																							
			β -Östradiol Einheit <input type="text"/>																							
			Testosteron Einheit <input type="text"/>																							
			AMH Einheit <input type="text"/>																							
			Inhibin B Einheit <input type="text"/>																							

<b>Schwangerschaften / Kinder nach Therapie</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte ausfüllen	
Anzahl der Schwangerschaften <input type="text"/> Abort <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                    Anzahl <input type="text"/>	
Anzahl der Kinder <input type="text"/> Geburtsdatum    _____	
Verwendung von Kryokonservat <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (falls ja, bitte nachfolgendes Ausfüllen)	
<input type="checkbox"/> Ovargewebe <input type="checkbox"/> Spermien <input type="checkbox"/> Eizelle befruchtet <input type="checkbox"/> Eizelle unbefruchtet	
Komplikationen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	
Datum und Unterschrift des Arztes _____	