

(Stempel des einsendenden Instituts):		Patientendaten (einschl. Geburtsname)							
Telefon: ( _____ ) _____ - _____									
GHSG Studienzentrale Unikliniken Köln  50924 Köln  Tel: 0221/ 478- 88200,- 88163 Fax: 0221/ 478- 88188		<b>THERAPIEABBRUCH- BOGEN</b>							
		<b>AB</b> 06/08, V1.0							
<b>Studie:</b> <b>PVAG-14 Pilot</b>		<b>Bogen ID:</b> <b>Case ID:</b>							
Dieser Bogen ist immer dann vom behandelnden Arzt auszufüllen, wenn die ursprünglich vorgesehene protokollgerechte Studientherapie nicht weiter durchgeführt werden kann									
<b>Abbruch der Studientherapie am:</b> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td></tr></table>							Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr							
<b>Grund:</b>									
<input type="checkbox"/> Progress unter Therapie (PRO)		⇒ bitte Restaging-Bogen ausfüllen							
<input type="checkbox"/> unzureichendes Ansprechen (NC)		⇒ bitte Restaging-Bogen ausfüllen							
<input type="checkbox"/> Toxizität unter Therapie		⇒ bitte ggf. SAE Bericht an Studienzentrale							
<input type="checkbox"/> Patient lehnt weitere Chemotherapie ab									
<input type="checkbox"/> Patient lehnt weitere Radiotherapie ab									
<input type="checkbox"/> Patient zieht Einverständnis zur Studienteilnahme zurück (⇒ schriftliche Mitteilung des Pat. einholen und zuschicken)									
<input type="checkbox"/> Therapierelevante Revision des initialen Stadiums									
<input type="checkbox"/> Hodgkin Diagnose referenzpathologisch nicht bestätigt									
<input type="checkbox"/> Verletzung Ein-/ Ausschlusskriterien		⇒ bitte Klartext bei „sonstige Bemerkungen“							
<input type="checkbox"/> Unabhängige Erkrankung									
<input type="checkbox"/> sonstige		⇒ bitte Klartext bei „sonstige Bemerkungen“							
<b>Therapiestatus:</b> <input type="checkbox"/> Patient hat keinerlei Studientherapie erhalten									
<input type="checkbox"/> randomisierte Therapie wurde begonnen									
<b>weitere Dokumentation:</b> <i>falls Abbruch, weil Hodgkindiagnose nicht bestätigt wurde:</i>									
⇒ vollständige Dokumentation bis Studienabbruch <u>ohne</u> anschließende Nachsorge									
<i>alle übrigen Fälle:</i>									
⇒ vollständige Dokumentation bis Studienabbruch <u>mit</u> anschließender Nachsorge									
<b>Sonstige Bemerkungen:</b>									
_____ Datum, Unterschrift									