|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tumorboard Gynäkologisches Krebszentrum** | Datum: | +41 (0)31 632 16 52 [btz.sekretariat@insel.ch](mailto:btz.sekretariat@insel.ch) |

**Angaben zur Patientin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | AHV-Nr.: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | | Telefon: |
| Information Krebsregister Datum: | | |

**Angaben zum anmeldenden Arzt / Ärztin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Extern  Intern | Name, Vorname: | | Spital/Klinik: |
| Adresse: | | Telefon: | E-Mail: |
| Involvierte Ärzte (für Berichtskopie): | | | |
| Verantwortliche/r Oberärztin/Oberarzt seitens Frauenklinik: | | | |

**Medizinische Angaben**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorbehandlung: | | | Datum letzte TB-Besprechung: | | |
| **Diagnose:**  Histologischer Typ:  Grading:  Molekularer Subtyp: | | | | | präoperativ  postoperativ |
| TNM präop.: | | TNM postop.: | | FIGO Stadium: | |
| Menopausenstatus:  prä  post  unklar | | | | | |
| Histologie: | | | | | |
| **Immunhistochemie** ER/PR       p53       MMRprot       POLE Mut.       PDL-1       andere | | | | | |
| Zusatzuntersuchungen: | | | | | |
| Tumormarker: | Resektion: | | | | |
| **Operationsdatum:** | **Operation:** | | | | Vorstellung Radiologie-Bilder:  ja nein |
| Familienanamnese: |
| Relevante Nebendiagnosen: | | | | | |
| Verlauf: | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Staging-Untersuchungen:** | **Datum:** | **Befund/Beurteilung:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschter Tumorboardtermin (wöchentlich Montag 10:15 Uhr. Anmeldung bis spätestens Freitag davor 16:00 Uhr): | |
| Therapievorschlag seitens Anmelder an das Tumorboard: | |
| Erstbesprechung des Tumorboardbeschlusses mit der Patientin: Datum: | Arzt: |
| Nachsorge bei: | |

***Ab hier wird das Formular vom Tumorboard ausgefüllt. Bitte speichern Sie das Formular und schicken Sie es an*** [***btz.sekretariat@insel.ch***](mailto:btz.sekretariat@insel.ch)***.***

**Therapieempfehlung des Tumorboards**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zusätzliche Diagnostik: | | |
| Operation: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Strahlentherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Chemotherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Hormontherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Genetische Beratung: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Studien: | | |
| Bemerkungen: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gynäkologische Onkologie:**  Prof. Dr. M. Mueller  PD Dr. S. Imboden | **Dysplasie**:  Dr. E. Krause  Dr. S. Lanz | **Plastische Chirurgie:**  Prof. M. Constantinescu  Dr. M. Stengle | **Medizinische Onkologie**:  Prof. U. Novak  Dr. M. Rabaglio  Dr. J. Wampfler |
| **Radioonkologie**:  PD Dr. K. Lössl  Dr. N. Cihoric | **Pathologie**:  Dr. M. Trippel  Dr. M. Montani  Dr. M. Wartenberg | **Radiologie**:  Dr. K. Härmä  Prof. F. Dammann  PD Dr. B-R. Sah | **Nuklearmedizin**:  Dr. S. Engelbrecht  Prof. A. Afshar-Oromieh |
| **Palliativmedizin:**  Dr. V. Pasquinelli | **Breast and Cancer Care Nurse**:  Monika Biedermann  Delfine Furrer |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname, Name vorstellender Arzt: | **Board-Koordination:**  Dr. B. Zeyen  Dr. V. Pasquinelli | **Visum (stv.) Chefarzt:**  Prof. M. Mueller  PD Dr. S. Imboden |