

Erhebung der Follow-Up-Daten

Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur Tumordokumentation von Patienten des Lungenkrebszentrums am Inselspital Bern.

Patientendaten / Erstdiagnose am:

Name		Vorname		Geburtsdatum	
------	--	---------	--	--------------	--

1. Allgemeine Daten zu dieser Erhebung

Datum der Nachsorge	
Leitdiagnose	
Allgemeine Bemerkungen	

1. Überlebensstatus

Patient lebt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lost to Follow-Up		
Patient verstorben am (Tag, Monat, Jahr)		Tumorbedingt <input type="checkbox"/> Nicht Tumorbedingt <input type="checkbox"/>

3. Tumorstatus

NED (No evidence of Disease/keine erneuten Krankheitsanzeichen)	<input type="checkbox"/>
CR (Complete Remission/Vollständiges Verschwinden der Läsion)	<input type="checkbox"/>
PR (Partial Response/Eine Reduktion der Läsion um mindestens 30%)	<input type="checkbox"/>
SD (Stable Disease/Weder eine Verringerung noch Vergrösserung der Läsion)	<input type="checkbox"/>
PD (Progressive Disease/Eine Zunahme der Läsionsgrösse um mindestens 20%)	<input type="checkbox"/>

4. Hinweise für Tumorrezidiv / Tumorprogression des Lungenkarzinoms

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn ja:

Wann? (Tag, Monat, Jahr)				
Lokalrezidiv?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Regionäre Lymphknoten?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Zweitkarzinom?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wachstum eines bestehenden, nicht operierten Herdes?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
In anderen Organen (Fernmetastasen)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lung	<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Leber (Oberbauch)	<input type="checkbox"/> Skelettsystem	<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Knochenmark	<input type="checkbox"/> Lymphknotenmetastasen	<input type="checkbox"/> Milz	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Pleura
<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="checkbox"/> Generalisiert	<input type="checkbox"/> Andere		

Erhebung der Follow-Up-Daten

Fragebogen

5. Angaben zum behandelnden Arzt

Name	
Vorname	
Fachgebiet	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Tel.	
E-Mail	

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diesen Fragebogen komplett ausgefüllt an LCC@sec.insel.ch