

**Melde- und Registrierungsformular CWS-Register - SoTiSaR**

<b>Von:</b>  Stempel Ansprechpartner:  <b>Fax-Nr.:</b>	<b>An:</b> CWS-Studienzentrale Olgahospital Kriegsbergstr. 62 70174 Stuttgart <b>Fax-Nr.: 0711-278-72749</b>
---	---

Neuerkrankung       Rezidiv      *Datumsangabeformat: tt.mm.jj*

Name, Vorname	Patienten-Nr. <small>(wird von Studienzentrale vergeben)</small>	Klinik	Geschlecht	Geburtsdatum

**Eligibilitätskriterien**

Weichteiltumor pathologisch-anatomisch bewiesen  
 schriftliches Einverständnis zur Registrierung und Datenspeicherung liegt vor  
 Diagnose durch Referenzhistologie bestätigt

**Histologie**

<input type="checkbox"/> RMA	<input type="checkbox"/> EES	<input type="checkbox"/> UDS
<input type="checkbox"/> RME	<input type="checkbox"/> pPNET	<input type="checkbox"/> Non-RMS-like :
<input type="checkbox"/> RMS NOS	<input type="checkbox"/> SySa	_____

**Tumorgröße**       ≤ 5 cm       > 5 cm

<b>TNM-Klassifikation prächirurgisch</b>	<b>Primärtumor</b>	<b>Lymphknoten</b>	<b>Metastasen</b>
	<input type="checkbox"/> T1a	<input type="checkbox"/> N0	<input type="checkbox"/> M0
	<input type="checkbox"/> T1b	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> M1
	<input type="checkbox"/> T2a	<input type="checkbox"/> Nx	<input type="checkbox"/> Mx
	<input type="checkbox"/> T2b		
	<input type="checkbox"/> Tx		

**OP primäre**       Biopsie \_\_\_\_\_       Resektion \_\_\_\_\_

**Stadium IRS postchirurgisch**       I       II       III       IV

**TNM-Klassifikation postchirurgisch**

<b>Primärtumor</b>	<b>Lymphknoten</b>	<b>Metastasen</b>
<input type="checkbox"/> pT1	<input type="checkbox"/> pN0	<input type="checkbox"/> pM0
<input type="checkbox"/> pT2	<input type="checkbox"/> pN1	<input type="checkbox"/> pM1
<input type="checkbox"/> pT3a	<input type="checkbox"/> pNx	<input type="checkbox"/> pMx
<input type="checkbox"/> pT3b		
<input type="checkbox"/> pT3c		
<input type="checkbox"/> pTx		

**Lokalisation**

<input type="checkbox"/> Orbita	<input type="checkbox"/> UG-BP	<input type="checkbox"/> Extremitäten
<input type="checkbox"/> Kopf/Hals-pm	<input type="checkbox"/> UG-nicht BP	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Kopf/Hals-nicht pm		

**Genauere Lokalisation** \_\_\_\_\_

**Therapiebeginn am** \_\_\_\_\_      **Therapie nach:**  CWS-Guidance

Andere: \_\_\_\_\_

Datum	Name	Unterschrift	Stempel

*Bitte ausgefüllt und unterschrieben direkt an die CWS-Studienzentrale, Kriegsbergerstr. 62, 70174 Stuttgart faxen!*