

MALIGNE ENDOKRINE TUMOREN GPOH-MET-Register

Studienleitung: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
 Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 6724244, Fax: (0391) 67290044, gpoh-met@med.ovgu.de

**Jährliche Stuserhebung Phäochromozytome / Paragangliome (PCC)**

Name, Vorname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
 (1=m, 2=w) (TT.MM.JJJJ)
 Pat.Nr. (Klinik) _____ Klinik (DKKR) _____ MalignID (DKKR) _____ GPOH-PID _____

Datum der letzten Untersuchung: ____|____|____| **letzte Meldung an Studienzentrale:** ____|____|____|
Zustand des Patienten: Vollremission Teilremission Stillstand Tumorprogress in Therapie Tod
Beschwerden: Schwitzen Kopfschmerz Schwindel Epistaxis verminderte Belastbarkeit
 keine

Bildgebung: o.p.B. pathol. Bemerkungen
 keine Sonographie: _____
 MRT, CT: _____
 Szintigraphie, PET/CT: _____
 andere: _____ _____

Therapie seit letzter Stuserhebung: OP Strahlentherapie Chemother. Somatostatinanaloga MIBG-Ther.
 keine

Rezidiv / Metastasen: Ja, Lokalrezidiv: Datum des Auftretens: ____|____|____|
 Nein Ja, Fernmetastasen: Datum des Auftretens: ____|____|____|
 Lunge Leber Lymphknoten, wo: _____
 sonstige, wo: _____
 Therapie/OP: Nein Ja, welche (Epikrise erbeten): _____
 Zweitremission: Nein Ja, wann: ____|____|____| OP: Ja: bitte OP-Bericht!

Zweitumor: Ja, wann: ____|____|____| Diagnose: _____
 Nein Lokalisation: _____ Therapie: _____

Spätfolgen: Ja: NNR-Insuffizienz
 Nein andere: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg **Körperlänge:** _____ cm

Aktuelle Laborwerte: Datum der Abnahme: ____|____|____| oB = normal ; ↑↑ = erhöht ; n.d. = nicht durchgeführt

Nein

	Serum			Spontanurin			Sammelurin		
	oB	↑↑	n.d.	oB	↑↑	n.d.	oB	↑↑	n.d.
Adrenalin	<input type="checkbox"/>								
Noradrenalin	<input type="checkbox"/>								
Dopamin	<input type="checkbox"/>								
Metanephrin	<input type="checkbox"/>								
Normetanephrin	<input type="checkbox"/>								

Hormonsubstitution: Nein Ja, welche: _____

sonstige Medikation: Nein Ja, welche: _____

Bei Verstorbenen: Sterbedatum: ____|____|____| Autopsie: Nein Ja, bitte Autopsiebefund !

Todesursache: bedingt durch Primärtumor bedingt durch Therapie bedingt durch Rezidiv
 bedingt durch Metastase Tumorabhängigkeit nicht sicher abzuklären andere Todesursache: _____

Nachsorge in anderer Klinik /Praxis: Nein Ja, wo: _____

Aus der Betreuung verloren: Nein Ja, Datum: ____|____|____| Grund: _____

Bitte Epikrisen der Behandlungen des letzten Jahres beilegen!

Bemerkungen:

Stempel

Datum

Unterschrift