

Dokumentationsbögen

Ersterhebungsbogen	135
Dokumentationsbogen für die MTX-Therapie	140
Dokumentationsbogen für die simultane Radiochemotherapie	145
Dokumentationsbogen für die Konsolidierungstherapie (I)	151
Dokumentationsbogen für die Konsolidierungstherapie (II)	154
Dokumentationsbogen für die Langzeiterfassung	156
Ereignismeldung	158
Meldebogen für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse	159
Erhebungsbogen Strahlentherapie	160

Bitte ausgefüllt an das IMBEI oder ggf. an die Studienleitung senden!

Tumoren im Kindesalter – Kooperative Dokumentation

Institut für Med. Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, Tel: 06131/17-3227
-in Zusammenarbeit mit der GPOH-

HIRNTUMOR – ERSTERHEBUNG

1/4

(hochgradig maligne Gliome)

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg;

Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg;

Tel.: 0941-2080 9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, Email: KZVAHITGBM@aol.com

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Pat.-Nr.

Nat.

Klinik

Identifikationszahl

Bitte beachten Sie, dass vor der Weiterleitung dieses Bogens die schriftliche Einwilligung zur Übermittlung und Speicherung der Daten vorliegen muss !

Teilnahme an einer Studie: nein HIT-GBM-D HIT-SKK _____

Erfüllung der Einschlusskriterien zur Studienteilnahme: ja nein, Grund: _____

Teilnahme an der Randomisierung: ja nein

Vorausgegangene Tumorerkrankung, Syndrome, hereditäre Grunderkrankung (z.B. ALL, NF-1):

nein ja, welche: _____

Familiäre Belastung (Leukämie-, Tumor- oder Immundefekterkrankungen bei Verwandten):

nein ja, welche: _____

Geschwisteranzahl: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Anlass der Erfassung:

- Tumorsymptomatik führte zum Arztbesuch Befund bei anderweitiger Untersuchung
 Vorsorgeuntersuchung (U1-U9)

frühestes Auftreten des eindeutig auf den Tumor zu beziehenden Symptoms:

vor _____ Wochen/Monaten, welches? _____

Neurologische Symptome bei

Diagnosestellung: _____

Datum der Diagnosestellung anhand bildgebender Verfahren: . . . (TT.MM.JJJJ)

mit: CT MRT mit KM: ja nein

Datum der definitiven Diagnosestellung anhand histologischer Sicherung: . . .

Vorbehandlung des Tumors: nein ja, Therapie: _____

Bildgebende Diagnostik:

Tumorgröße:	cm x	cm x	cm
Abgrenzung des Tumors:	<input type="checkbox"/> diffus	<input type="checkbox"/> umschrieben	<input type="checkbox"/> unbekannt
Raumforderung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> lokal	<input type="checkbox"/> Mittellinienverlagerung
Zystischer Anteil:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Ventrikelerweiterung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kontrastmittelanreicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Nekrose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Ödem (T2)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
spinales MRT	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Referenzradiologie: liegt vor wird nachgereicht

(bitte Kopien der Originalbefunde beilegen)

Hauptlokalisation: _____

Lokalisation (alle involvierten Strukturen):

<input type="checkbox"/> Frontallappen C71.1	<input type="checkbox"/> Temporallappen C71.2
<input type="checkbox"/> Parietallappen C71.3	<input type="checkbox"/> Occipitallappen C71.4
<input type="checkbox"/> Cerebrale Meningen C70.0	
<input type="checkbox"/> Seitenventrikel C71.5	<input type="checkbox"/> III. Ventrikel C71.5
<input type="checkbox"/> Basalganglien C71.0	<input type="checkbox"/> Thalamus/Hypothalamus C71.0
<input type="checkbox"/> Balken C71.8	<input type="checkbox"/> Pinealisregion (Tumormarker präoperativ bestimmen!) C75.3
<input type="checkbox"/> Hypophyse (intrasellär) C75.1	<input type="checkbox"/> Paraselläre Region C72.9
<input type="checkbox"/> Supraselläre Region C71.9	<input type="checkbox"/> Chiasma opticum C72.3
<input type="checkbox"/> Vorderer Abschnitt des N. opticus (einschl. Orbita) C72.3	
<input type="checkbox"/> Kleinhirn-Hemisphären C71.6	<input type="checkbox"/> Kleinhirn-Wurm C71.6
<input type="checkbox"/> Brückenwinkel C71.6	
<input type="checkbox"/> Mittelhirn/Mesencephalon C71.7	
<input type="checkbox"/> Pons C71.7	<input type="checkbox"/> Medulla oblongata C71.7
<input type="checkbox"/> Craniospinaler Übergang C71.7	<input type="checkbox"/> IV. Ventrikel C71.7
<input type="checkbox"/> intraspinal, extradural (Rückenmark) C72.0	<input type="checkbox"/> intramedullär (Rückenmark) C72.0
<input type="checkbox"/> subdural C72.0	<input type="checkbox"/> extramedullär (Rückenmark) C72.0
<input type="checkbox"/> spinale Meningen C70.1	
Seite der Hauptlokalisation:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Mitte
Primäre Metastasen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____

Liquordiagnostik:

Liquorentnahme: ja nein

Datum der Entnahme: . .

Punktionsort: lumbal ventrikulär _____

Tumorzellen im Liquor: ja nein

Histopathologische Klassifikation und Grading nach WHO (Kleihus et al. 2000)

NEUROEPITHELIALE TUMOREN

Astrozytische Tumoren

- Astrozytom ohne nähere Angabe (9400/3)
- Fibrilläres Astrozytom (9420/3)
- Protoplasmatisches Astrozytom (9410/3)
- Gemistozytisches Astrozytom (9411/3)
- Anaplastisches Astrozytom (9401/3)
- Glioblastom ohne nähere Angabe (9440/3)
- Riesenzelliges Glioblastom (9441/3)
- Gliosarkom (9442/3)
- Pilozytisches Astrozytom (9421/1)
- Pleomorphes Xanthoastrozytom (9424/3)
- Subependymales großzelliges Astrozytom (Tuberöse Sklerose) (9384/1)

Oligodendrogliale Tumoren

- Oligodendrogliom (9450/3)
- Anaplastisches Oligodendrogliom (9451/3)

Sonstige: _____

Gemischte Gliome

- Oligo-Astrozytom (9382/3)
- Anaplastisches Oligo-Astrozytom (9382/3)
- Andere gemischte Gliome (9382/3)

Neuroepitheliale Tumoren unbek. Ursache

- Gliomatosis cerebri (9381/3)

Neuronale und gemischt neuro-gliale Tumoren

- Gangliozytom (9492/0)
- Kleinhirn Gangliozytom (dysplastisches Gangliogliom), (Lhermitte-Duclos-Tumor)
- Desmoplastisches infantiles Gangliogliom
- Dysembryoplast. neuroepithelialer Tumor
- Gangliogliom (9505/3)

Malignitätsgrad: I II III IV

Histologische Untersuchung

Neuropathologie (Ort): _____ E: Nr.: _____

Referenzpathologie: Nein ja, geplant (Bonn R-Nr.: _____)

ja, sonstige: _____

(bitte Kopien der Originalbefunde beilegen)

Therapie begonnen: nein ja, Beginn am: . .

mit: OP Chemotherapie Radiotherapie
(nicht Biopsie)

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die MTX-Therapie 1/5

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
 Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
 Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St.- Hedwig,
 Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg, Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, email: KZVAHITGBM@aol.com

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Größe:	Gewicht:	KOF:

Therapie entsprechend dem Randomisierungsergebnis ja nein

1. MTX-Block

Datum: . . (hier gilt der **Beginn** der MTX-Infusion)

Leukozyten zu Beginn: _____ x 10³/µl

Thrombozytenzahl zu Beginn: _____ x 10³/µl

Dosierung: 5g/m² 100% 100 -75% < 75%

Grund der Dosismodifikation: _____

MTX-Spiegel: nach 24h>5µmol/l: weitere Kontrollen bis MTX<1µmol/l

- 24h MTX _____ µmol/l erhöht
- 36h MTX _____ µmol/l erhöht
- 42h MTX _____ µmol/l erhöht
- 48h MTX _____ µmol/l erhöht
- 54h MTX _____ µmol/l erhöht
- 72h MTX _____ µmol/l
- 96h MTX _____ µmol/l

Dexamethasongabe: nein ja

Beginn: . . Anzahl der Tage

HIT-GBM-D-STUDIE
Dokumentationsbogen für die MTX-Therapie

2/5

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

2. MTX-Block

Datum: . . (hier gilt der **Beginn** der MTX-Infusion)

Leukozyten zu Beginn: _____ x 10³/μl

Thrombozytenzahl zu Beginn _____ x 10³/μl

Dosierung: 5g/m² 100% 100 -75% < 75%

Grund der Dosismodifikation: _____

MTX-Spiegel: nach 24h>5mol/l: weitere Kontrollen bis MTX<1μmol/l

- | | | |
|------------|------------------|---------------------------------|
| 24h | MTX _____ μmol/l | <input type="checkbox"/> erhöht |
| 36h | MTX _____ μmol/l | <input type="checkbox"/> erhöht |
| 42h | MTX _____ μmol/l | <input type="checkbox"/> erhöht |
| 48h | MTX _____ μmol/l | <input type="checkbox"/> erhöht |
| 54h | MTX _____ μmol/l | <input type="checkbox"/> erhöht |
| 72h | MTX _____ μmol/l | |
| 96h | MTX _____ μmol/l | |

Dexamethasongabe: nein ja

Beginn: . . **Anzahl der Tage**

Neurologische Symptomatik 2 Wochen nach Abschluss der MTX-Therapie:

- Verbesserung
- unveränderte Symptomatik
- Verschlechterung der neurologischen Symptomatik

Erläuterungen:

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die MTX-Therapie

4/5

Toxizität 1. MTX-Block

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

GRAD	0	1	2	3	4
Allgemeinzustand	Normale Aktivität	Geringe Beeinträchtigung	Altersentspr. Aktivität stark eingeschränkt	Bettlägerig, pflegebedürftig	Intensive Behandlung, schwerstkrank
Hämatologie					
Hämoglobin (g/l)	Altersnorm	>100	80-<100	65-<80	65
Leukozyten (G/l)	>4,0	3,0-<4,0	2,0-<3,0	1,0-<2,0	<1,0
Granulozyten (G/l)	>2,0	1,5-<2,0	1,0-<1,5	0,5-<1,0	<0,5
Thrombozyten (G/l)	>100	75-<100	50-<75	10-<50	<10
Infektion					
Infektion	Keine	Leicht	Mäßig, lokale oder orale Behandlung	Schwer, systemische Infektion, i.v. antibiot./antimykotische Therapie	Lebensbedrohlich, Sepsis
Fieber °C	Keines	38,0-39,0	39,1-40,0	>40,0 < 24 h	>40,0 > 24 h
Gastroenterologie					
Stomatitis/Pharyngitis	Keine	Schmerzlose Ulzera, Erythem	schmerzhafes Erythem, Ulzera, essen möglich	Schmerzhafes Erythem, Ulzera, i.v. Substitution erforderlich	Schwere Ulzera, Totale Parenterale Ernährung (TPN) erforderlich
Übelkeit	Keine	kann essen	dtl. verminderte Nahrungsaufnahme	Praktisch keine Nahrungsaufnahme	-
Erbrechen (Anzahl der Episoden in 24 h)	0	1	2-5	>5	TPN erforderlich
Nephrologie					
Kreatinin	Altersnorm(N)	<1,5xN	1,5-3xN	>3-6xN	>6xN
Hämaturie	Keine	Mikroskopisch	intermittierend makroskopisch, ohne Koagel	Persistierend makroskopisch oder Koagel	Nekrose/tiefe Blasenulzeration
Kreatinin-Clearance (ml/min)	>90	<80	<50	<30	<20
Fanconi-Syndrom/renal tub. Azidose	Kein	Asymptomatisch, keine Behandlung erforderlich	Leicht, reversibel, perorale Substitution	Reversibel, i.v. Substitution	Irreversibel
Audiologie					
Ototoxizität	Keine	Nur audiometrischer Hörverlust	Tinnitus, Hörverlust, keine Hörgeräte notwendig	Tinnitus, Hörverlust, Hörgeräte	Nicht korrigierbare Taubheit
Dermatologie					
Exantheme	Keine	Erythem	trockene Desquamation < 50% der KOF, Pruritus	Feuchte Desquamation, >50% der KOF	Generalisierte, exfoliative Dermatitis
Neurologie					
Periphere Neurotoxizität	Keine	Parästhesien, Verlust tiefer Sehnenreflexe	Parästhesien, objektiver sensorischer Verlust	Schwere Parästhesien mit Funktionseinschränkung	Paralyse (mot.) o. permant. Sensibilitätsverlust mit Funktionsverlust
zentrale Neurotoxizität	Keine	Milde Somnolenz oder Agitation	moderate Somnolenz oder Agitation	Konfusion, Desorientiertheit, Halluzinationen	Koma, Anfälle, toxische Psychose
Allergische Reaktion	Keine	Vorübergehend, Fieber < 38°C	Urticaria, Fieber > 38°C, milder Bronchospasmus	i.v. Therapiebedürftiger Bronchospasmus, Angioödem	Anaphylaxie

Sonstige Toxizität: nein ja: welche _____

Toxizität im Zusammenhang mit der Prüfmedikation?:

nein ja: Medikament _____

Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?: _____

Welche Folgen hatte die Toxizität?: _____

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die MTX-Therapie

5/5

Toxizität 2. MTX-Block

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

GRAD	0	1	2	3	4
Allgemeinzustand	Normale Aktivität	Geringe Beeinträchtigung	Altersentspr. Aktivität stark eingeschränkt	Bettlägerig, pflegebedürftig	Intensive Behandlung, schwerstkrank
Hämatologie					
Hämoglobin (g/l)	Altersnorm	>100	80-<100	65-<80	65
Leukozyten (G/l)	>4,0	3,0-<4,0	2,0-<3,0	1,0-<2,0	<1,0
Granulozyten (G/l)	>2,0	1,5-<2,0	1,0-<1,5	0,5-<1,0	<0,5
Thrombozyten (G/l)	>100	75-<100	50-<75	10-<50	<10
Infektion					
Infektion	Keine	Leicht	Mäßig, lokale oder orale Behandlung	Schwer, systemische Infektion, i.v. antibiot./antimykotische Therapie	Lebensbedrohlich, Sepsis
Fieber °C	Keines	38,0-39,0	39,1-40,0	>40,0 < 24 h	>40,0 > 24 h
Gastroenterologie					
Stomatitis/Pharyngitis	Keine	Schmerzlose Ulzera, Erythem	schmerzhaftes Erythem, Ulzera, essen möglich	Schmerzhaftes Erythem, Ulzera, i.v. Substitution erforderlich	Schwere Ulzera, TPN erforderlich
Übelkeit	Keine	kann essen	dtl. verminderte Nahrungsaufnahme	Praktisch keine Nahrungsaufnahme	-
Erbrechen (Anzahl der Episoden in 24 h)	0	1	2-5	>5	TPN erforderlich
Nephrologie					
Kreatinin	Altersnorm(N)	<1,5xN	1,5-3xN	>3-6xN	>6xN
Hämaturie	Keine	Mikroskopisch	intermittierend makroskopisch, ohne Koagel	Persistierend makroskopisch oder Koagel	Nekrose/tiefe Blasenulzeration
Kreatinin-Clearance (ml/min)	>90	<80	<50	<30	<20
Fanconi-Syndrom/renal tub. Azidose	Kein	Asymptomatisch, keine Behandlung erforderlich	Leicht, reversibel, oral Substitution	Reversibel, i.v. Substitution	irreversibel
Audiologie					
Ototoxizität	Keine	Nur audiometrischer Hörverlust	Tinnitus, Hörverlust, keine Hörgeräte notwendig	Tinnitus, Hörverlust, Hörgeräte	nicht korrigierbare Taubheit
Dermatologie					
Exantheme	Keine	Erythem	trockene Desquamation < 50% der KOF, Pruritus	Feuchte Desquamation, >50% der KOF	generalisierte, exfoliative Dermatitis
Neurologie					
Periphere Neurotoxizität	Keine	Parästhesien, Verlust tiefer Sehnenreflexe	Parästhesien, objektiver sensorischer Verlust	Schwere Parästhesien mit Funktionseinschränkung	Paralyse (mot.) o. permant. Sensibilitätsverlust mit Funktionsverlust
zentrale Neurotoxizität	Keine	Milde Somnolenz oder Agitation	moderate Somnolenz oder Agitation	Konfusion, Desorientiertheit, Halluzinationen	Koma, Anfälle, toxische Psychose
Allergische Reaktion	Keine	Vorübergehend, Fieber < 38°C	Urticaria, Fieber > 38°C, milder Bronchospasmus	i.v. Therapiebedürftiger Bronchospasmus, Angioödem	Anaphylaxie

Sonstige Toxizität: nein ja: welche _____

Toxizität im Zusammenhang mit der Prüfmedikation?:

nein ja: Medikament _____

Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?: _____

Welche Folgen hatte die Toxizität?: _____

Datum

Stempel

Unterschrift

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die simultane Radiochemotherapie 1/6

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St- Hedwig,
Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg, Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.) (Klinik)
Name: Vorname: Geburtsdatum:
Größe: Gewicht: KOF:

Therapie entsprechend dem Randomisierungsergebnis ja nein

wenn MTX gegeben wurde:

Beginn der simultanen Radiochemotherapie

4 Wochen 6 Wochen 8 Wochen _____ Wochen nach Beginn der MTX-Therapie

Leukozyten zu Beginn: _____ x10³/µl

Thrombozytenzahl zu Beginn: _____ x10³/µl

Radiotherapie:

Radiotherapeutische Klinik: _____

1.Tag: . . letzter Tag: . .

konventionell fraktionierte Strahlentherapie ohne Aufsättigung

mit lokaler Aufsättigung

mit Seedimplantation zur Aufsättigung

Gesamtdosis: , Gy Fraktionierung: , Gy

Boost Gy Fraktionierung: , Gy

Unterbrechung / Abbruch:

Unterbrechung / Abbruch der Radiotherapie: nein ja, Unterbrechung ja, Abbruch

Ursache für die Unterbrechung: Progression Tod
 Toxizität Sonstiges: _____

Unterbrechung / Abbruch am: . . Bei Unterbrechung Anzahl der Tage:

Dexamethasongabe: nein ja

Beginn: . . Anzahl der Tage

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die simultane Radiochemotherapie 5/6

Toxizität 1. Radiochemo-Block

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

GRAD	0	1	2	3	4
Allgemeinzustand	Normale Aktivität	Geringe Beeinträchtigung	Altersentspr. Aktivität stark eingeschränkt	Bettlägerig, pflegebedürftig	Intensive Behandlung, schwerstkrank
Hämatologie					
Hämoglobin (g/l)	Altersnorm	>100	80-<100	65-<80	65
Leukozyten (G/l)	>4,0	3,0-<4,0	2,0-<3,0	1,0-<2,0	<1,0
Granulozyten (G/l)	>2,0	1,5-<2,0	1,0-<1,5	0,5-<1,0	<0,5
Thrombozyten (G/l)	>100	75-<100	50-<75	10-<50	<10
Infektion					
Infektion	Keine	Leicht	Mäßig, lokale oder orale Behandlung	Schwer, systemische Infektion, i.v. antibiot./antimykotische Therapie	Lebensbedrohlich, Sepsis
Fieber °C	Keines	38,0-39,0	39,1-40,0	>40,0 < 24 h	>40,0 > 24 h
Gastroenterologie					
Stomatitis/Pharyngitis	Keine	Schmerzlose Ulzera, Erythem	Schmerzhafes Erythem, Ulzera, essen möglich	Schmerzhafes Erythem, Ulzera, i.v. Substitution erforderlich	Schwere Ulzera, TPN erforderlich
Übelkeit	Keine	kann essen	Dtl. Verminderte Nahrungsaufnahme	Praktisch keine Nahrungsaufnahme	-
Erbrechen (Anzahl der Episoden in 24 h)	0	1	2-5	>5	TPN erforderlich
Nephrologie					
Kreatinin	Altersnorm(N)	<1,5xN	1,5-3xN	>3-6xN	>6xN
Hämaturie	Keine	Mikroskopisch	Intermittierend makroskopisch, ohne Koagel	Persistierend makroskopisch oder Koagel	Nekrose/tiefe Blasenulzeration
Kreatinin-Clearance (ml/min)	>90	<80	<50	<30	<20
Fanconi-Syndrom/renal tub. Azidose	Kein	Asymptomatisch, keine Behandlung erforderlich	Leicht, reversibel, oral Substitution	Reversibel, i.v. Substitution	Irreversibel
Audiologie					
Ototoxizität	Keine	Nur audiometrischer Hörverlust	Tinnitus, Hörverlust, keine Hörgeräte notwendig	Tinnitus, Hörverlust, Hörgeräte	Nicht korrigierbare Taubheit
Dermatologie					
Exantheme	Keine	Erythem	trockene Desquamation < 50% der KOF, Pruritus	Feuchte Desquamation, >50% der KOF	Generalisierte, exfoliative Dermatitis
Neurologie					
Periphere Neurotoxizität	Keine	Parästhesien, Verlust tiefer Sehnenreflexe	Parästhesien, objektiver sensorischer Verlust	Schwere Parästhesien mit Funktionseinschränkung	Paralyse (mot.) o. permant. Sensibilitätsverlust mit Funktionsverlust
zentrale Neurotoxizität	Keine	Milde Somnolenz oder Agitation	Moderate Somnolenz oder Agitation	Konfusion, Desorientiertheit, Halluzinationen	Koma, Anfälle, toxische Psychose
Allergische Reaktion	Keine	Vorübergehend, Fieber < 38°C	Urticaria, Fieber > 38°C, milder Bronchospasmus	i.v. Therapiebedürftiger Bronchospasmus, Angioödem	Anaphylaxie

Sonstige Toxizität: nein ja: welche _____

Toxizität im Zusammenhang mit der Medikation?:

nein ja: Medikament _____

Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?: _____

Welche Folgen hatte die Toxizität?: _____

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die simultane Radiochemotherapie

6/6

Toxizität 2. Radiochemo-Block

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

GRAD	0	1	2	3	4
Allgemeinzustand	Normale Aktivität	Geringe Beeinträchtigung	Altersentspr. Aktivität stark eingeschränkt	Bettlägerig, pflegebedürftig	Intensive Behandlung, schwerstkrank
Hämatologie					
Hämoglobin (g/l)	Altersnorm	>100	80-<100	65-<80	65
Leukozyten (G/l)	>4,0	3,0-<4,0	2,0-<3,0	1,0-<2,0	<1,0
Granulozyten (G/l)	>2,0	1,5-<2,0	1,0-<1,5	0,5-<1,0	<0,5
Thrombozyten (G/l)	>100	75-<100	50-<75	10-<50	<10
Infektion					
Infektion	Keine	Leicht	Mäßig, lokale oder orale Behandlung	Schwer, systemische Infektion, i.v. antibiot./antimykotische Therapie	Lebensbedrohlich, Sepsis
Fieber °C	Keines	38,0-39,0	39,1-40,0	>40,0 < 24 h	>40,0 > 24 h
Gastroenterologie					
Stomatitis/Pharyngitis	Keine	Schmerzlose Ulzera, Erythem	Schmerzhafes Erythem, Ulzera, essen möglich	Schmerzhafes Erythem, Ulzera, i.v. Substitution erforderlich	Schwere Ulzera, TPN erforderlich
Übelkeit	Keine	kann essen	Dtl. Verminderte Nahrungsaufnahme	Praktisch keine Nahrungsaufnahme	-
Erbrechen (Anzahl der Episoden in 24 h)	0	1	2-5	>5	TPN erforderlich
Nephrologie					
Kreatinin	Altersnorm(N)	<1,5xN	1,5-3xN	>3-6xN	>6xN
Hämaturie	Keine	Mikroskopisch	Intermittierend makroskopisch, ohne Koagel	Persistierend makroskopisch oder Koagel	Nekrose/tiefe Blasenulzeration
Kreatinin-Clearance (ml/min)	>90	<80	<50	<30	<20
Fanconi-Syndrom/renal tub. Azidose	Kein	Asymptomatisch, keine Behandlung erforderlich	Leicht, reversibel, oral Substitution	Reversibel, i.v. Substitution	irreversibel
Audiologie					
Ototoxizität	Keine	Nur audiometrischer Hörverlust	Tinnitus, Hörverlust, keine Hörgeräte notwendig	Tinnitus, Hörverlust, Hörgeräte	nicht korrigierbare Taubheit
Dermatologie					
Exantheme	Keine	Erythem	trockene Desquamation < 50% der KOF, Pruritus	Feuchte Desquamation, >50% der KOF	generalisierte, exfoliative Dermatitis
Neurologie					
Periphere Neurotoxizität	Keine	Parästhesien, Verlust tiefer Sehnenreflexe	Parästhesien, objektiver sensorischer Verlust	Schwere Parästhesien mit Funktionseinschränkung	Paralyse (mot.) o. permant. Sensibilitätsverlust mit Funktionsverlust
zentrale Neurotoxizität	Keine	Milde Somnolenz oder Agitation	Moderate Somnolenz oder Agitation	Konfusion, Desorientiertheit, Halluzinationen	Koma, Anfälle, toxische Psychose
Allergische Reaktion	Keine	Vorübergehend, Fieber < 38°C	Urticaria, Fieber > 38°C, milder Bronchospasmus	i.v. Therapiebedürftiger Bronchospasmus, Angioödem	Anaphylaxie

Sonstige Toxizität: nein ja: welche _____

Toxizität im Zusammenhang mit der Medikation?:

nein ja: Medikament _____

Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?: _____

Welche Folgen hatte die Toxizität?: _____

Datum

Stempel
150

Unterschrift

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die Konsolidierungstherapie (I) 1/3

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St- Hedwig,
Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg, Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Größe:	Gewicht:	KOF:

Sekundär chirurgisches Vorgehen:

OP: nein ja Datum: . . .

partielle Resektion (Rest > 1,5ccm)
 subtotale Resektion (Rest < 1,5ccm)
 totale Resektion (kein erkennbares Resttumorgewebe)

Anlass zur OP: unvollständige Erst-OP
 Lokalrezidiv
 Metastasen

Referenzpathologie: nein ja (Bonn R-Nr.: _____)

Bildgebung vor Beginn der Konsolidierungstherapie (bzw. nach der simultanen Radiochemotherapie):

Datum: . . MRT CT Kontrastmittel: ja nein

kein Hinweis auf Resttumor

Kontrastmittelanreicherung vorhanden, aber nicht ausmessbar

Resttumor messbar cm x cm x cm

sekundäre Metastasen cm x cm x cm

im Vergleich zum Vorbefund:

- (CR) kein Hinweis auf Resttumor
- (PR) Größenreduktion >50%
- (SD) Größenreduktion <50%
- (PD) Tumorprogress, sekundäre Metastasen

Zusatztherapie:

Wurde während der Konsolidierungstherapie eine Zusatztherapie verabreicht?

nein ja Mistel
 H15
 Sonstiges _____

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die Konsolidierungstherapie (II) 1/2

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St- Hedwig,
Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg, Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Größe:	Gewicht:	KOF:

Konsolidierung Block ___ (3 oder 5 oder 7 oder 9)

Tag 1: . . (dd/mm/yy)

Vincristin 1,5 mg/m²/Tag: , mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

CCNU 100 mg/m²/Tag: mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

Prednison 40 mg/m²: mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

Unterbrechung / Abbruch:

Unterbrechung / Abbruch der Konsolidierung: nein ja, Unterbrechung ja, Abbruch
Ursache: Progression Tod Toxizität Sonstiges _____

Unterbrechung / Abbruch am: . . Bei Unterbrechung Anzahl der Tage:

Wiederaufnahme der Therapie am: . .

Konsolidierung Block (4 oder 6 oder 8 oder 10)

Tag 1: . . letzter Tag : . .

Vincristin 1,5 mg/m²/Tag: , mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

CCNU 100 mg/m²/Tag: mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

Prednison 40 mg/m²: mg/m²/Tag
Dosismodifikation: nein ja Ursache der Dosisänderung: _____

Unterbrechung / Abbruch:

Unterbrechung / Abbruch der Konsolidierung: nein ja, Unterbrechung
 ja, Abbruch
Ursache: Progression Toxizität Tod Sonstiges _____

Unterbrechung / Abbruch am: . . Bei Unterbrechung Anzahl der Tage:

Wiederaufnahme der Therapie am: . .

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die Konsolidierungstherapie II 2/2

(Pat.Nr.) (Klinik)
Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Bildgebung nach dem .(4.,6.,8.,10.) Block der Konsolidierungstherapie:

Datum: . . MRT CT Kontrastmittel: ja nein

kein Hinweis auf Resttumor

Kontrastmittelanreicherung vorhanden, aber nicht ausmessbar

Resttumor messbar cm x cm x cm

sekundäre Metastasen cm x cm x cm

im Vergleich zum Vorbefund:

(CR) kein Hinweis auf Resttumor

(PR) Größenreduktion >50%

(SD) Größenreduktion <50%

(PD) Tumorprogress, sekundäre Metastasen

Referenzradiologie: liegt vor wird nachgereicht

Neurologische Symptomatik 6 Wochen nach Block der Konsolidierungstherapie:

Verbesserung

unveränderte Symptomatik

Verschlechterung der neurologischen Symptomatik

Erläuterungen:

Therapieabbruch: nein

ja Datum: . .

Ursache: Toxizität: _____

Progression

Tod

Ursache: progredientes Tumorleiden

Folge der Therapie: OP Chemotherapie andere

sicher kein Zusammenhang mit dem Tumorleiden (z.B. Unfall)

weitere Therapie geplant? ja _____ nein

bei Progression:

welches Rezidivprotokoll ist geplant?

GBM-IMMUNO

REZ-HBO

REZ-VPA

Sonstiges _____

Datum **Stempel** **Unterschrift**

Anlage: MRT-Befunde (nach jeweils 2 Blöcken Konsolidierungstherapie / Referenzradiologie)

Arztbriefe

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die Langzeiterfassung 1/2

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

Studienzentrale: Dr. Sabine Wagner, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Kinderklinik St- Hedwig,
Steinmetzstr. 1-3, 93049 Regensburg, Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494, email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.) (Klinik)
Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**
Letzte Statusmeldung des Patienten war am : _____ (TT/MM/JJJJ), gemeldeter Status: _____

Datum der letzten Vorstellung: . . (TT/MM/JJJJ),

Datum der letzten Bildgebung : . . MRT CT; Kontrastmittel: ja nein
 kein Hinweis auf Resttumor
 Kontrastmittelanreicherung vorhanden, aber nicht ausmessbar
 Resttumor messbar **cm X cm X cm**
 sekundäre Metastasen **cm X cm X cm**
 Beginnende Leukomalazie
 Zunahme einer bereits bestehenden Leukomalazie

Auftreten von Rezidiv/ Progression / Metastasen:

nein ja: Primärtumor Lokalisation _____, Datum . .
 ja: Fernmetastasen Lokalisation _____, Datum . .

Vergleich zum Vorbefund:

- (CR) kein Hinweis auf Resttumor
- (PR) Größenreduktion >50%
- (SD) Größenreduktion <50%
- (PD) Tumorprogress, sekundäre Metastasen

Änderung der bisherigen histologischen Diagnose

nein ja, Befund: _____

Beginn einer erneuten Therapie seit der letzten Dokumentation

nein ja Operation: Biopsie Resektion (komplett, subtotal, partiell)

Chemotherapie, Beginn . .
welche: _____

Radiotherapie: Beginn . .
 externe RT (Gesamtdosis _____ Gy, Einzeldosis _____ Gy)
 interstitielle Radiotherapie

andere Therapie (H15, Mistel, andere) _____

Beginn: . .

Komplikationen während der erneuten Therapie

nein ja, welche (ggfs WHO-Grad) _____

HIT-GBM-D-STUDIE

Dokumentationsbogen für die Langzeiterfassung 2/2

(Pat.Nr.)	(Klinik)	
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Änderung des Augenbefundes

nein ja, Befund: _____

Änderung im Audiogramm

nein ja, Befund: _____

Veränderungen des Blutbildes

nein ja, Befund: _____

Veränderung der Leber und Nierenwerte

nein ja, Befund: _____

Veränderung des Urinstatus

nein ja, Befund: _____

Veränderung des Hormonstatus

nein ja, Befund: _____

Änderung im EEG

nein ja, Befund: _____

Signifikante Änderung des Neurostatus im Vergleich zur letzten Dokumentation: _____

Verstorben

nein ja, Sterbedatum . . .

Todesursache bedingt durch Primärtumor

bedingt durch Rezidiv/Metasten

Folge der Therapie: OP Chemotherapie andere

sicher kein Zusammenhang mit dem Tumorleiden (z.B. Unfall)

unbekannt

Datum

Stempel

Unterschrift

Anlage: MRT-Befunde
 FMH-Bogen
 Arztbriefe

HIT-GBM-D-STUDIE

Ereignismeldung

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

An die
Studienzentrale HIT-GBM
Dr. med. Sabine Wagner
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Klinik St. Hedwig
Steinmetzstraße 1-3
93049 Regensburg

Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494
Email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.)

(Klinik)

Patient: _____ geb. __/__/____

Abbruch der Studientherapie : Datum . .

Grund: _____

Progress des Tumorleides : Datum . .

Primärtumor Lokalisation _____,

Fernmetastasen Lokalisation _____,

Zweitumor : Diagnosedatum . .

Tumorhistologie: _____

Tumorlokalisation: _____

Verstorben: Datum . .

Todesursache

bedingt durch Primärtumor

bedingt durch Rezidiv/Metastasen

Folge der Therapie: OP Chemotherapie andere

sicher kein Zusammenhang mit dem Tumorleiden (z.B. Unfall)

unbekannt

Datum

Stempel

Unterschrift

Anlage: MRT-Befunde

Arztbriefe

HIT-GBM-D-STUDIE

Meldebogen von schwerwiegend unerwünschten Ereignissen

Studienleiter: PD Dr. med. J.E.A. Wolff, Associate Prof. of Oncology and Pediatrics, University of Calgary, Canada,
Leiter der Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Klinik St. Hedwig,
Steinmetzstr.1-3, 93049 Regensburg; Tel.: 0941-2080-0, Fax: 0941-2080-494; Email: johannes.wolff@barmherzige-regensburg.de

An die
Studienzentrale HIT-GBM
Dr. med. Sabine Wagner
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Klinik St. Hedwig
Steinmetzstraße 1-3
93049 Regensburg

Tel.: 0941-2080-9129, Fax: 0941-2080-405 oder 494
Email: KZVAHITGBM@aol.com

(Pat.Nr.) (Klinik)

Patient: _____ geb. __ / __ / ____

- Todesfall innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss der protokollgemäßen Therapie
- Ereigniss, das zu einer permanenten Behinderung führt
- Lebensbedrohliche /- bedrohende Erkrankungen
- Sekundär - Malignom
- Überdosierung, die zu Symptomen führt
- Entwicklung eines Medikamentenmissbrauchs oder einer Medikamentenabhängigkeit
- Ereignisse, die eine Hospitalisierung erfordern oder einen Krankenhausaufenthalt verlängern
- Andere Ereignisse: _____

Nähere Beschreibung: _____

Beginn: Datum . .

Dauer: _____ Tage/Wochen/Monate

Schweregrad/Ausprägung _____

Datum

Stempel

Unterschrift

Anlage: Arztbriefe

HIT-GBM-D-STUDIE: ERHEBUNGSBOGEN STRAHLENTHERAPIE

1/4

Bitte vom Radiotherapeuten 6 Wochen nach Abschluss der Bestrahlung auszufüllen und zu schicken an:
Dr. med. R.-D. Kortmann, Abteilung für Strahlentherapie der Universitätskliniken,
72076 Tübingen, Tel: 07071 / 2982166, Fax 07071 / 2985894

I) PATIENTENDATEN | RT/ABSCHLUSS

(Pat.Nr.) (Klinik)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geschlecht: ____ (männl.=1, weibl.=2)

Behandelnde Klinik (Strahlentherapie): _____

Beginn der Therapie: _____ Ende der Therapie: _____

Dosis: Gesamtdosis Einzeldosis Anzahl/Tag

Tumor _____ Gy _____ Gy _____

Aufsättigung _____ Gy _____ Gy _____

(falls appliziert)

Unterbrechung / Abbruch der RT: ____ (ja=1, nein=2)

Datum der Unterbrechung: von _____ bis _____ = _____ Tage

Grund: _____

KNOCHENMARKTOXIZITÄT:

	Datum	Wert
Leukocyten - Nadir	_____	_____ /mm ³
Thrombocyten - Nadir	_____	_____ /mm ³
Erythrocytentransfusion	_____	
Thrombocytentransfusion	_____	
Blutbild bei RT-Beginn:		
	Leukocyten	_____ /mm ³
	Thrombocyten	_____ /mm ³
Blutbild bei Abschluss der RT:		
	Leukocyten	_____ /mm ³
	Thrombocyten	_____ /mm ³

HIT-GBM-D-STUDIE: ERHEBUNGSBOGEN STRAHLENTHERAPIE

2/4

Bitte vom Radiotherapeuten 6 Wochen nach Abschluss der Bestrahlung auszufüllen und zu schicken an:
Dr. med. R.-D. Kortmann, Abteilung für Strahlentherapie der Universitätskliniken,
72076 Tübingen, Tel: 07071 / 2982166, Fax 07071 / 2985894

(Pat.Nr.)

(Klinik)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

II) STRAHLENTHERAPIETECHNIK / DOSIERUNG

"LIMITED VOLUME" TUMORREGION MIT SICHERHEITSSABSTAND 2 cm

Beginn RT (Datum): _____ RT-Ende (Datum): _____

Linearbeschleuniger (Energie) _____ MV CO-60 _____

Feldgröße 1 _____ cm * _____ cm

Feldgröße 2 _____ cm * _____ cm

(Feldgröße 3 _____ cm * _____ cm)

CT-Plan _____

Gegenfelder _____ Mehrfeldertechnik _____

Keilfilter _____ Rotation _____

Zielvolumendosis/Referenzpunkt: _____ Gy

Dosismaximum _____ %

Dosisminimum _____ %

Dosisspitze ("hot spot") _____ %

Dosis im Risikoorgan :

Hirnstamm : _____ Gy

Chiasma opticum : _____ Gy

Retina li: _____ Gy

Retina re.: _____ Gy

Augenlinse li: _____ Gy

Augenlinse re.: _____ Gy

Innenohr li : _____ Gy

Innenohr re.: _____ Gy

Fixierungs/Art: _____

Besonderheiten: _____

HIT-GBM-D-STUDIE: ERHEBUNGSBOGEN STRAHLENTHERAPIE

3/4

Bitte vom Radiotherapeuten 6 Wochen nach Abschluss der Bestrahlung auszufüllen und zu schicken an:
Dr. med. R.-D. Kortmann, Abteilung für Strahlentherapie der Universitätskliniken,
72076 Tübingen, Tel: 07071 / 2982166, Fax 07071 / 2985894

(Pat.Nr.)

(Klinik)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

STRAHLENTHERAPIE TECHNIK DOSIERUNG

Externe stereotaktische Aufsättigung des Tumorgebietes mit Sicherheitsabstand 5 mm

Beginn RT (Datum): _____ RT-Ende (Datum): _____

Linearbeschleuniger (Energie) _____ MV

1) Konformationstechnik : _____ (ja=1, nein=2), 2) Konvergenztechnik : _____ (ja=1, nein=2),

Zu 1) Anzahl der Felder : _____, Zu 2) Anzahl der Kreisbögen : _____

Zielvolumenumschließende Isodose : _____ %

Zielvolumendosis/Referenzpunkt: _____ Gy

Dosismaximum _____ %

Dosisminimum _____ %

Dosisspitze ("hot spot") _____ %

Dosis im Risikoorgan :

Hirnstamm : _____ Gy

Chiasma opticum : _____ Gy

Retina li: _____ Gy

Retina re.: _____ Gy

Augenlinse li: _____ Gy

Augenlinse re.: _____ Gy

Innenohr li : _____ Gy

Innenohr re.: _____ Gy

Fixierungshilfen/Art: _____

Besonderheiten: _____

HIT-GBM-D-STUDIE: ERHEBUNGSBOGEN STRAHLENTHERAPIE

4/4

Bitte vom Radiotherapeuten 6 Wochen nach Abschluss der Bestrahlung auszufüllen und zu schicken an:
Dr. med. R.-D. Kortmann, Abteilung für Strahlentherapie der Universitätskliniken,
72076 Tübingen, Tel: 07071 / 2982166, Fax 07071 / 2985894

(Pat.Nr.)

(Klinik)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

NEBENWIRKUNGSSCORE / MAXIMALE AKUT-REAKTIONEN (MODIF. NACH WHO)

1. NEUROTOXIZITÄT

Kopfschmerzen : ____ (0 Keine, 1 gering, 2 mäßig, 3 schwer)

Übelkeit / Erbrechen : ____ (0 Keine, 1 gelegentlich, 2 dauernd)

Krampfanfälle : ____ (0 Keine, 1 unter Medikation kontrolliert, 2 unter Medikation kaum beherrschbar)

2. INFEKTIONEN : ____ (0 Keine, 1 bakteriell, 2 viral, 3 Pilz, 4 Kombination, 5 Andere, 6 Nicht isoliert)

3. HAUT : ____ (0 Keine Reaktion, 1 geringes Erythem, Epilation, trockene Schuppung, 2 deutliches Erythem, mäßiges Ödem, 3 feuchte Epitheliolysen, massives Ödem, 4 Ulzeration, Nekrose)

4. KNOCHENMARKTOXIZITÄT

Blutbild bei RT-Beginn: Leukozyten _____/mm³
Thrombozyten _____/mm³

Blutbild bei Abschluss der RT: Leukozyten _____/mm³
Thrombozyten _____/mm³

	Datum	Wert
Leukozyten – Nadir	_____	_____/mm ³
Thrombozyten - Nadir	_____	_____/mm ³
Erythrozytentransfusion (Anzahl)	_____	
Thrombozytentransfusion (Anzahl)	_____	

5. Sonstige Toxizität (evtl. Zusatzseite verwenden): _____

Datum:

Stempel

Unterschrift