

NB2004-HR Chemo-/Megatherapie Follow-up

Bitte senden an: Prof. Dr. F. Berthold, Studienleitung NB2004, Zentrum für Kinderonkologie und –hämatologie, Kerpener Straße 62, D-50924 Köln, ☎ +49 (0) 221/478-6853, 📠 -6851, neuroblastomstudie@uk-koeln.de



..... Patient Name Patient Vorname geboren NB Nummer

- Behandlungsgruppe** HR Standardarm ohne N8 Blöcke HR experimenteller Arm mit N8 Blöcken
- Erhebungszeitpunkt** nach 2 Blöcken nach 4 Blöcken Chemotherapie
 nach 6 Blöcken nach 8 Blöcken Chemotherapie
 nach Megatherapie

Diagnostik zum Erhebungszeitpunkt

verglichen mit Voruntersuchung, vor einer evtl. OP, bei Zunahme pathologischer Befunde handelt es sich um einen Progress, dann ist eine Ereignismeldung (S. 173) erforderlich

Datum	völlig unauffällig	gebessert, aber noch nicht normal	unverändert pathologisch	nicht durchgeführt
Sonographie/CT/MRT Primärtumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIBG-Szintigraphie Primärtumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIBG-Szintigraphie Metastasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schädel-CT/MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmark – Zytologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Untersuchungen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tumorzvolumen gemessen errechnet: _____ X _____ X _____ = _____
Länge (cm) Breite (cm) Tiefe (cm) Volumen =(Länge x Breite X Tiefe) x 0.5

Tumormarker zum Erhebungszeitpunkt (vor einer evtl. Operation):

Datum	Wert	Einheit*	Faktor	völlig unauffällig	gebessert, aber noch nicht normal	unverändert pathologisch	nicht durchgeführt
NSE im Serum	_____	ng/ml	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HVA im Serum	_____	ng/ml	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VMA im Serum	_____	ng/ml	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HVA im Urin	_____	nmol/μmol Crea	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VMA im Urin	_____	nmol/μmol Crea	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Falls andere Einheit, bitte angeben

Therapieerfolg zum Erhebungszeitpunkt (vor einer evtl. Operation), Stichtag:

	Primärtumor	Metastasen		Primärtumor	Metastasen
Vollremission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gute Teilremission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilremission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gemischte Remission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stabile Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Progression/Rezidiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

dann bitte **Ereignismeldung** (S. 173) ausfüllen und zusenden

Geplante weitere Therapie:

- Fortführung der Chemotherapie Radiotherapie, welche?: externe Bestrahlung MIBG
 Megatherapie Operation Erhaltungstherapie
 Retinsäure anderes:

..... Stempel mit Name/Adresse/Telefon Datum Unterschrift