Patienten-ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOKUMENTATIONSBOGEN VISITE V0 / SCREENING**

DEMOGRAPHIE

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm

Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg

Alkohol: Ja Nein

Rauchen: Ja Nein Ex-Raucher

Packyears: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pcky unknown

Arbeitsfähig vor Erkrankung: Ja Nein

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wochenstunden

ASA-Score: I Gesunder Patient

II Geringfügige Erkrankung ohne Einschränkung

III Erkrankung mit deutlicher Beeinträchtigung

IV Lebensbedrohliche Erkrankung

V Moribunder Patient, verstirbt ohne Operation

ECOG-Status:

0 Normale, uneingeschränkte Aktivität

1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich

2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen

3 Selbstversorgung nur begrenzte möglich; kann weniger als 50% der Wachzeit aufstehen

4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung, völlig an Bett oder Stuhl gebunden

**CAVE!**

Im Falle einer kardialen Vorerkrankung:Bitte denken Sie daran, dass ein kardiologisches Konsil erfolgen muss. Heften Sie einen Ausdruck des Konsils in die Akte ein und stellen Sie sicher, dass die Ejektionsfraktion bestimmt und dokumentiert wurde.

ALLGEMEINE ANAMNESE

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relevante Vorerkrankungen und/oder –operationen: Ja Nein

Frühere onkologische Erkrankungen: Nein

Erkrankung noch nicht behandelt

Erkrankung wurde kurativ behandelt

Erkrankung wurde palliativ behandelt

Einträge s.u.

Therapie der früheren onkologischen Erkrankung: Chemotherapie

Radiatio

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art. Hypertonus: Ja Nein

KHK: Ja Nein

Herzinfarkt: Ja Nein

VHF: Ja Nein

Herzinsuffizienz: NYHA I II III IV

pAVK: Fontaine-Stadium I II III IV

COPD: Ja Nein

Diabetes: Typ I Typ II

Antidiabetische Therapie: Insulin Orale Antidiabetika Ernährung

Apoplex: Ja Nein

TIA: Ja Nein

Demenz: Ja Nein

Kollagenose: Ja Nein

Ulcus ventriculi/duodeni: Ja Nein

Hemiplegie: Ja Nein

Leukämie: Ja Nein

Lymphom: Ja Nein

AIDS: Ja Nein

Lebererkrankung: Leicht (chron. Hepatitis oder Zirrhose ohne portale Hypertonie)

Moderat bis schwer (Zirrhose mit portaler Hypertonie)

Chronische Niereninsuffizienz: leicht (Kreatinin </= 3mg/dl)

Moderat bis schwer (Kreatinin >3mg/dl)

Solider Tumor: Lokalisiert Metastasiert

Andere Vorerkrankungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voroperationen Abdomen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Charleson Comorbidity Index

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Herzinfarkt |  | 1 |
| Herzinsuffizienz |  | 1 |
| pAVK | Periphere okklusive oder obliterative Arteriopathie | 1 |
| Zerebrovaskuläre Erkrankung | Apoplex oder TIA | 1 |
| Demenz |  | 1 |
| Chronische Lungenerkrankung | COPD oder Asthma bronchiale | 1 |
| Kollagenose | Rheumatoide Polymyalgie, Lupus erythematosus, rheumatoide Arthritis, Polymyositis | 1 |
| Ulcus ventrikuloduodeni |  | 1 |
| Diabetes Mellitus | Werten Sie Diabetes als 1 Punkt für einen unkomplizierten Verlauf und 2 Punkte für einen komplizierten Verlauf mit Endorganschade | 1 oder 2 |
| Niereninsuffizienz | Eingeschränkte Nierenfunktion (moderat bis schwer, Kreatinin >3mg/dl) | 2 |
| Hemiplegie | Als Residuum eines Schlaganfalls oder anderer Ursache | 2 |
| Leukämie | Akut oder chronisch | 2 |
| Malignes Lymphom | Hodgkin, Non-Hodgkin, multiples Myelom | 2 |
| Solitärer Tumor | 2 Punkte falls lokalisiert und 6 Punkte falls metastasiert | 2 oder 6 |
| Lebererkrankung | 1 Punkt für leichte (Zirrhose ohne portale Hypertension), 3 Punkte für moderate bis schwere Funktionsstörungen (Zirrhose mit portaler Hypertension) | 1 or 3 |
| AIDS |  | 6 |
| Gesamt |  |  |

ONKOLOGISCHE ANAMNESE:

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Erstdiagnose (histo-pathologischer Bericht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Staging: Primärstaging Restaging

Neoadjuvante Chemotherapie: Ja Nein

Chemotherapie-Protokoll: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Zyklen insgesamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum letzter Chemotherapie-Zyklus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Neoadjuvante Radiatio: Ja Nein

Vorherige endoskopische Resektion: Endoskopische Submukosadissektion

Endoskopische Mukosaresektion

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ösophagusstent: Ja Nein Früher

Staging Laparoskopie: Ja Nein

Fernmetastasen diagnostiziert Ja Nein

Ernährungskatheter: PEG

PEJ

ZVK / Port

Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TUMORSTADIUM NACH ABSCHLUSS STAGING / RESTAGING:

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAVE!**

Falls T-Stadium 4a: Wurde die Resektabilität ausdrücklich unter Kenntnisnahme aller relevanten Screening-Untersuchungen durch einen lokalen Chirurgen bestätigt?

Ja Nein

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organsystem |  | normal | Nicht klinisch signifikant | Klinisch signifikant |
| Herz |  |  |  |  |
| Lungen |  |  |  |  |
| Abdomen |  |  |  |  |
| Lymphknoten | Zervikal |  |  |  |
|  | Klavikulär |  |  |  |
|  | Axillär |  |  |  |
|  | Inguinal |  |  |  |

VITALPARAMETER

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHg

Herzfrequenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/min

Atemfrequenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/min

Temperatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_°C

**CAVE!**

Im Falle einer symptomatischen pulmonalen oder kardialen Erkrankung: Bitte denken Sie daran, dass ein Lungenfunktionstest erfolgen muss. Heften Sie einen Ausdruck des Lungenfunktionstests in die Akte ein und stellen Sie sicher, dass das FEV1 bestimmt und dokumentiert wurde.

CT/MRT

Hier sollte ein Ausdruck des CT/MRT-Befundes eingeheftet werden. Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Informationen darin enthalten sind:

* Datum der Untersuchung
* Art der Untersuchung (z.B. CT/MRT/PET-CT/US mit oder ohne KM)
* Lokale Lymphknoten-Metastasierung, ggf. mit Lokalisation
* Fernmetastasierung
* AEG-Typ, falls möglich
* Ggf. Stenose des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica superior

ENDOSKOPIE

Hier sollte ein Ausdruck des Endoskopie-Befundes eingeheftet werden. Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Informationen darin enthalten sind:

Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Höhenangabe ab Zahnreihe | cm |
| Proximaler Rand Haupttumormasse |  |
| distaler Rand Haupttumormasse |  |
| Proximaler Rand Tumorausläufer |  |
| distaler Rand Tumorausläufer |  |
| Zwerchfellimpression |  |
| Z-Linie  Ende der Magenfalten ohne Luftdesufflation |  |
| Barrett-Mukosa |  |
| Prag-Klassifikation |  |
| zirkumferentielle Ausdehnung |  |
| maximale longitudinale Ausdehnung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identifikation |  |
| Kardia-Karzinom Siewert Typ II |  |
| Linitis plastica |  |
| Tumor sichtbar in Inversion |  |
| Zirkumferentielle Tumorausbreitung |  |
| Tumorstenose Passierbarkeit mit normalem Endoskop |  |
| Tumorstenose Passierbarkeit mit nasalem Endoskop |  |
| Hiatushernie, ggf Größe\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

PATHOLOGIE:

Hier sollte ein Ausdruck der pathologischen Untersuchung der Tumorbiopsie eingeheftet werden. Bitte stellen Sie sicher, dass folgende Angaben darin enthalten sind:

* Datum der Untersuchung
* Histopathologische Tumorklassifikation
* Malignitätsgrad (nur notwendig, falls Pathologie des Primärstagings)

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatur/Investigator: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_