

Statusbogen Nachsorge und chronische Toxizität

Name	Geb. – Datum	Pat. – Nr.	Klinik

Datum der letzten Untersuchung / Information:

Neu aufgetretene oder noch nicht dokumentierte Rückfall-Ereignisse

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Rezidiv	Datum:
		<input type="checkbox"/> Progression	Datum:
		<input type="checkbox"/> verstorben	Datum:

Aktueller Status

<input type="checkbox"/> Lebt in:	<input type="checkbox"/> Vollremission: (Nr. 1,2, ...)	<input type="checkbox"/> Verstorben bedingt durch
<input type="checkbox"/> Partieller Remission	<input type="checkbox"/> Tumor	
<input type="checkbox"/> Stabile Erkrankung	<input type="checkbox"/> Therapietoxizität	
<input type="checkbox"/> Progression	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	
<input type="checkbox"/> Rezidiv	

Status seit:

Aktuelle vorhandene Therapiefolgeschäden / Funktionseinschränkungen

Schilddrüse:	Hormonsubstitution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Thyreoidektomie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Datum:.....
Hypophyse:	Hormonmangel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: welche(r):.....	

Ototoxizität:	Audiometrie: Datum:.....	<input type="checkbox"/> nicht untersucht	<input type="checkbox"/> kein Hörverlust
	<input type="checkbox"/> Hörstörungen >20dB bei ≥8 kHz	<input type="checkbox"/> Hörstörungen >20dB bei ≥3 kHz	
	<input type="checkbox"/> Hörstörungen >20dB bei ≥4 kHz	<input type="checkbox"/> Hörstörungen >80dB bei ≥2 kHz	
	Tinnitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Datum:.....	Chron. Otitis media: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Datum:.....	
	Chron. Sinusitis : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Datum:.....		

Ophthalmologischer Befund liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Datum:.....
Retinopathie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Visusverlust <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> OD:..... <input type="checkbox"/> OS:.....
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Chronische Toxizität (nach CTCAE 5.0, <https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>) (Grad 5 = Tod)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
Grundsätzlich	asymptomatisch bzw. milde Symptome	minimale bzw. lokale medizinische Behandlung	deutliche Symptome	Schwere, lebens - bedrohliche Symptome, invasive Therapie
Haut (Pigmentierung / Teleangiektasien / Fibrosen / Ulzera / Alopezie)	Gering: Alopezie < 50%, Teleang. <10%, trockene Haut <10%, Pigmentstör. >10% d. Hautoberfläche	Symptomatisch: Pruritus, Rötung; Alopezie >50%, Teleangiektasien >10%, Pigmentstörung >10%	Schwere Induration, Ulzerationen >2cm, Funktionsbeeinträchtigung	Funktionsverlust, operative Therapie; tiefe Ulzera, Hämorrhagie oder Nekrosen
Schleimhäute/ Mukositis	Asymptomatisch, milde Symptome	mäßige Schmerzen, Diät-modifikation	Schwere Schmerzen, Analgetika	Tiefe Ulzera, Hämorrhagie; PEG, TPN
Dysphagie	Noch normale Kost, geringe Symptome	Symptomatisch, breiige Kost	Keine orale Ernährung, PEG, TPN	
Speicheldrüsen (Xerostomie)	Geringe Trockenheit, normale Diät	Weiche Diät mit vermehrter Flüssigkeit	Keine orale Ernährung, PEG, TPN	
Lymphödem	Leichte Verdickung	Hautverfärbung	Selbstversorgung beeinträchtigt	

Strahlenkaries:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trismus:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	max. Mundöffnung (cm):..... Datum:.....
Osteoradionekrose:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Lokalisation: Datum:.....
Hirnnervenparese:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Betroffener Nerv: Datum:.....
Nierenfunktionsstörung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> Glomulär: GFR..... <input type="checkbox"/> Tubulär Datum:
Kardiotoxizität:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Art der Störung: Datum:.....
Zweitmalignom:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Lokalisation: Datum:

Sonstiges (z.B. kognitive Störungen, Lungenfibrose, u.a.).....

Klinik / Stempel	Datum	Name	Unterschrift
------------------	-------	------	--------------