

Name	Geb. – Datum	Pat. – Nr.	Klinik

Neu aufgetretene oder noch nicht dokumentierte Rückfall-Ereignisse

Aktueller Status

Status seit:

Schilddrüse: Hormonsubstitution ☐ nein ☐ ja
 Thyreoidektomie ☐ nein ☐ ja: Datum:.....
 Hypophyse: Hormonmangel ☐ nein ☐ ja: welche(r):.....

Ophthalmologischer Befund liegt vor: ☐ nein ☐ ja: Datum:.....
 Retinopathie: ☐ nein ☐ ja Visusverlust ☐ nein ☐ ja: ☐ OD:..... ☐ OS:.....
 Augentrockenheit ☐ nein ☐ 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"/> Glomerulär: 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
------------------	-------	------	--------------