

Nasopharynxkarzinom Therapieabschluss

Name	Geb. – Datum	Pat. – Nr.	Klinik

Therapiebeginn: Therapieende:

Chemotherapie: ja nein

Zyklus ... Medikamente und Dosis/Zyklus:..... von-bis:

Zyklus ... Medikamente und Dosis/Zyklus:..... von-bis:

Zyklus ... Medikamente und Dosis/Zyklus:..... von-bis:

Zyklus ... Medikamente und Dosis/Zyklus:..... von-bis:

Strahlentherapie: konventionell IMRT Protonen von-bis:

Dosis/Fraktionierung: Primärtumor: Lymphknoten: Metastasen:

Simultane Chemotherapie: ja nein

Medikamente und Gesamtdosis:..... von-bis:

Erhaltungstherapie: ja nein

Medikament(e) und Dosis:..... von-bis:

Operation: ja nein Datum:

Vollremission (CR) Datum:.....

Teilremission/ Resttumor (PR) (>50% Reduktion) Datum:.....

Stillstand (SD) (<50% Reduktion, <25% Zunahme) Datum:.....

Progression (PD) (>25% Zunahme) Datum:.....

Auftreten von Rezidiv / Metastasen nein

Ja, Lokalrezidiv Datum:.....

Ja, Fernmetastasen Datum:.....

Lokalisation:.....

Grund für die Beendigung der Therapie: protokollgemäß

vorzeitig aufgrund: Toxizität Tumorprogress Entscheidung des Patienten / der Eltern Entscheidung des Arztes Tod des Patienten Keine Angaben Sonstiges (bitte Angabe):.....

Bei Verstorbenen: Sterbedatum:.....

Todesursache:.....

Autopsie: Ja Nein

Bemerkungen:

.....

.....

Klinik / Stempel Datum: Unterschrift: