

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 / derEltern ☐ Entscheidung des Arztes ☐ Tod des Patienten ☐ KeineAngaben ☐ Sonstiges (bitte Angabe):.....

Bei Verstorbenen:

Sterbedatum:.....

Todesursache:.....

Autopsie: Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen:

.....

.....

Klinik / Stempel

Datum:

Unterschrift: