

KTR-QUALITÄTSERHEBUNG ENDOMETRIUMKARZINOM

Alle neudiagnostizierten EndometriumCA, nach Operation und nach abgeschlossener allfälliger Strahlentherapie.

Patientendaten	Ausfüllende Stelle/Arzt.					
Familienname: _____	Arzt _____					
Vorname: _____	Stempel, _____					
Geburtsdatum: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> _____						Unterschrift _____

ERSTDIAGNOSTIK: (erster diagnostischer Eingriff)	Datum der Diagnosesicherung: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
m Hysteroskopie m Abrasio	m Abrasio frakt. m PE					

THERAPIE: (Mehrfachantworten möglich)	m Operation	m Chemotherapie	m Hormontherapie
	m Bestrahlung	m Andere: _____	

OPERATION:	Datum der Erstoperation: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					
Hysterektomie:						
m Vaginal m Abdominal m Laparoskop. assistiert						
Konv. Laparoskop.-Laparotomie:	m Ja m Nein					
Ausmass der Operation: (Mehrfachantworten möglich)						
m Mit beiden Adnexen m Entfernung eines Vaginalteils m Omentektomie						
m Mitnahme der Parametrien m Lymphonodektomie paraaortal m Peritoneallavage						
m Darmresektion m Lymphonodektomie pelvin						
Anzahl entfernter Lymphknoten:	pelvin: _____ (WB) paraaortal: _____ (WB)					
Anzahl befallener Lymphknoten:	Pelvin: _____ (WB) Paraaortal: _____ (WB)					
Gefrierschnitt intraoperativ: m ja m nein	Tumorrest: m ja m nein					

HISTOLOGIE/STADIUM:	m Adeno-Ca	m Adenoacanthom	m Karzinosarkom
	m Adenosquamöses Ca	m Plattenepithel-Ca.	m undiff. Ca.
	m klarzelliges Ca.	m serös-papilläres Ca.	
Histolog. Grading: m 1 m 2 m 3	Invasionstiefe: m keine m ≤50% m >50% m bis an Serosa		
Path. FIGO:	m IA m II m IIIA m IIIC m IVA		
	m IB m IIIB m IIIC1 m IVB		
		m IIIC2	
	m kein pathologisches Staging durchgeführt		

BESTRAHLUNG:	m Primäre Strahlentherapie	m Prä- und postop. Bestrahlung
	m Nur präoperative Bestrahlung	m Bestrahlung von Fernmetast.
	m Nur postoperative Bestrahlung	
Dosis:	m Volle Tumordosis	m Vorzeitig abgebrochen
Art der Bestrahlung:	m Nur Brachytherapie	m Nur Tele-Therapie m Tele- und Brachytherapie

CHEMOTHERAPIE:	m Adjuv. Chemotherapie nach OP
	m Chemotherapie bei Inoperabilität und/oder Fernmetastasen

HORMONTHERAPIE:	m Adjuv. Hormontherapie
	m Hormontherapie bei Inoperabilität und/oder Fernmetastasen
Zielgerichtete Therapie:	m Ja m Nein

STUDIENPATIENTIN:	m Ja m Nein m Geplant
KOMMENTAR:	

(WB) = Wertebereich