

ERSTMELDUNG TUMOR

Version 2020

Tumorregister Tirol
6020 Innsbruck, Anichs
Tel.: 0512/504/22312
www.iet.at



ANGABEN ZUM PATIENTEN (ETIKETT)	AUFENTHALTSDATEN
Familienname: <input type="text"/>	Ambulant: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr
Geburtsname: <input type="text"/>	Stationär am: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr
Vorname: <input type="text"/>	Entlassen am: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr
Geburtsdatum: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr	Verantwortliches Tumorboard/Verantwortliche Abteilung: <input type="text"/> <input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer: <input type="text"/>	
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
PLZ: <input type="text"/> Wohnort: <input type="text"/>	
Straße bzw. Ortsteil: <input type="text"/> Hausnummer: <input type="text"/>	PatientIn wurde Tumorboard vorgestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

TUMORBESCHREIBUNG	DIAGNOSESICHERUNG				
Ersterhebung: <input type="radio"/> Neuer Tumor <input type="radio"/> Rezidiv <input type="radio"/> Metastase	Diagnosesicherung am: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr				
Lokalisation (Text): <input type="text"/>	(Datum an dem der Tumor zum ersten Mal diagnostiziert wurde)				
Seitenlokalisierung: <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits	Art der Diagnosesicherung (nur beste ankreuzen): <table border="1"><tr><td>mikroskopisch</td><td><input type="checkbox"/> histologisch (Primärtumor) <input type="checkbox"/> histologisch (Metastase) <input type="checkbox"/> zytologisch</td></tr><tr><td>nicht mikroskopisch</td><td><input type="checkbox"/> Tumormarker <input type="checkbox"/> bildgebende Verfahren <input type="checkbox"/> rein klinisch <input type="checkbox"/> nicht bekannt</td></tr></table>	mikroskopisch	<input type="checkbox"/> histologisch (Primärtumor) <input type="checkbox"/> histologisch (Metastase) <input type="checkbox"/> zytologisch	nicht mikroskopisch	<input type="checkbox"/> Tumormarker <input type="checkbox"/> bildgebende Verfahren <input type="checkbox"/> rein klinisch <input type="checkbox"/> nicht bekannt
mikroskopisch		<input type="checkbox"/> histologisch (Primärtumor) <input type="checkbox"/> histologisch (Metastase) <input type="checkbox"/> zytologisch			
nicht mikroskopisch	<input type="checkbox"/> Tumormarker <input type="checkbox"/> bildgebende Verfahren <input type="checkbox"/> rein klinisch <input type="checkbox"/> nicht bekannt				
Histologie (Text): <input type="text"/>					
Grading (WHO): <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> X					
Mehrfachtumor: <input type="text"/> Lokalisation <input type="text"/> Diagnosejahr <input type="text"/>					
TUMORSTADIUM (unbedingt ausfüllen)	TUMORTHERAPIE (primär)				
TNM-Stadium pathologisch: <input type="checkbox"/> ypT <input type="checkbox"/> ypN pT <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/> R <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Neoadjuv. Chemoth. <input type="checkbox"/> Adjuv. Chemoth. <input type="checkbox"/> Neoadjuv. Strahlenth. <input type="checkbox"/> Adjuv. Strahlenth.				
TNM-Stadium klinisch: cT <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgisch radikal <input type="checkbox"/> Immuntherapeutisch <input type="checkbox"/> Chirurgisch palliativ <input type="checkbox"/> Hormontherapeutisch				
Andere Stadiumangabe: <input type="text"/> Wert (z.B. II) <input type="text"/> Stadium nach (z.B. Ann Arbor)	<input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/> Text				
Kein Stadium wegen: <input type="radio"/> medizin. Kontraindikation <input type="radio"/> PatientIn verweigert Abklärung <input type="radio"/> Andere Gründe	<input type="checkbox"/> Rein Symptomatisch <input type="checkbox"/> Therapieplan wird festgelegt <input type="checkbox"/> Keine Behandlung wegen Verweigerung <input type="checkbox"/> Keine Behandlung aus anderen Gründen				

TODESDATEN	
<input type="checkbox"/> Patient gestorben	Todesdatum: <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr
Obduktion durchgeführt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Datum: <input type="text"/>	Unterschrift: <input type="text"/>