

Anmeldung zur SIRT

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer _____

Indikationen (bitte ankreuzen):

- Hepatozelluläres Karzinom Lebermetastasen bei Mamma-CA Lebermetastasen bei colorektalem Karzinom
 Cholangiozelluläres Karzinom Lebermetastasen bei NET

Therapiebedingungen (muss vollständig ausgefüllt werden!)

Hypervaskularität des Tumors ja nein Lebenserwartung > 3 Monate ja nein

Prozentuale Tumorlast der Leber? _____ % ECOG 1 2 3

Extrahepatische Metastasen ja nein Child-Pugh A B C

Quick vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

Thrombozyten vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

Kreatinin vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

TSH vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

Bilirubin vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

Albumin vom (Datum): _____ (nicht älter als 2 Wochen)

Leistenpulse bds. vorhanden? ja nein

Vortherapie mit Capecitabin (Xeloda)? ja nein

Wenn ja bitte Zeitraum angeben: _____

SIRT-Vortherapie? ja nein Z. n. Radiatio der Leber? ja nein

Alternative Therapieoption? ja nein Z. n. Interventionen im Bereich der Ampulla Vateri? ja nein

Datum des letzten Oberbauch-CT: _____ (bitte CD per Post und Befundbericht per FAX zusenden)

Datum und Unterschrift: _____

Kontaktdaten:

Klinik: _____ Ansprechpartner: _____

Telefonnummer: _____ Mail-Adresse: _____