

Stempel des einsendenden Instituts:    Phone: _____	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
<b>GMMG-Studiensekretariat</b> - Integrierte Versorgung Multiples Myelom - Im Neuenheimer Feld 350  69120 Heidelberg Phone: (06221) 56- 8198 Fax: (06221) 56- 1957	<div style="text-align: center;">  </div>
Patientenaufkleber  <h2 style="margin: 0;">Nachsorge-STATUS – BOGEN</h2> <p style="margin: 0;">(für Nicht-Studienpatienten nach Ende Primärtherapie / bei Rezidivtherapie)</p>	

**Aktueller Status (Bitte den Nachsorgebogen ausfüllen bei Krankheitsprogression, Tod des Patienten sowie zur Dokumentation einer Rezidivtherapie), jedoch mindestens einmal jährlich.**

- Datum letzter Patientenkontakt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Patient verstorben: nein  ja   
 falls ja: Todesdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Todesursache: Multiples Myelom  Toxizität  Infektion  Andere : \_\_\_\_\_
- Datum letztes Restaging: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ergebnis Restaging: CR  nCR  VGPR  PR  MR  NC  PD
- Krankheitsprogress** nein  ja   
 Falls ja: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Zweit-Malignom:** nein  ja   
 Falls ja, Datum Diagnose : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Spezifizierung Zweit-Malignom: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Rezidivtherapie**

zuletzt durchgeführte Therapie (wenn nicht bereits dokumentiert):

- Rezidiv Therapie:**
- Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Spezifizierung (Therapie, Dosierung, etc.): \_\_\_\_\_
  - Ergebnis Restaging: CR  nCR  VGPR  PR  MR  NC  PD
  - Datum Restaging: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel des einsendenden Instituts:     Phone: _____	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>    Patientenaufkleber
<b>GMMG-Studiensekretariat</b> - Integrierte Versorgung Multiples Myelom - Im Neuenheimer Feld 350  69120 Heidelberg Phone: (06221) 56- 8198 Fax: (06221) 56- 1957	<div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">                 THERAPIE-STATUS -BOGEN             </div> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">(für Nicht-Studienpatienten bei Primärtherapie)</p>

**Aktueller Status (Bitte den aktuellen Status und die aktuellen Therapie jeweils nach Beendigung einer Therapie angeben)**

- Datum letzter Patientenkontakt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Patient verstorben: nein  ja  falls ja: Todesdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Todesursache: Multiples Myelom  Toxizität  Infektion  Andere  \_\_\_\_\_
- Datum letztes Restaging: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ergebnis Restaging: CR  nCR  VGPR  PR  MR  NC  PD

**Aktuelle Therapie**

Therapiekonzept: Analog MM5-Studie  Individuelles Therapiekonzept  Keine Therapie

zuletzt durchgeführte Therapie (wenn nicht bereits dokumentiert):

**Induktionstherapie:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Regime: PAD/PAd  TAD  VCD  Andere: \_\_\_\_\_ Anzahl Zyklen: \_\_\_\_\_

**Mobilisierung:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Regime: CAD  ICE  Andere: \_\_\_\_\_

**Hochdosistherapie:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 1. AutoSCT  2. AutoSCT  Konditionierung Melphalan 200mg/m<sup>2</sup>  Andere: \_\_\_\_\_  
 AlloSCT  Konditionierung: \_\_\_\_\_

**Konsolidierung:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Regime: Lenalidomid  Andere: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Erhaltungstherapie:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Regime: Lenalidomid  Bortezomib  Thalidomid  Andere: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Andere Therapie:** • Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Spezifizierung (Therapie, Dosierung, etc): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Abkürzungen:** PAD/PAd – Bortezomib, Adriamycin, Dexamethason 40 mg/d bzw. Dexamethason 20mg/d; TAD – Thalidomid, Adriamycin, Dexamethason; VCD – Bortezomib, Cyclophosphamid, Dexamethason; CAD – Cyclophosphamid, Adriamycin, Dexamethason; ICE – Ifosfamid, Carboplatin, Etoposid

Stempel des einsendenden Instituts:     Phone: _____	Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>    Patientenaufkleber
<b>GMMG-Studiensekretariat</b> - Integrierte Versorgung Multiples Myelom - Im Neuenheimer Feld 350  69120 Heidelberg  Phone: (06221) 56- 8198 Fax: (06221) 56-1957	<div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold; margin-top: 20px;">                 ANAMNESEBOGEN             </div> <p style="text-align: center;">(für Nicht-Studienpatienten)</p>

**Nur auszufüllen, sofern die Daten nicht bereits durch eine reguläre Studiendokumentation erhoben wurden!**

**Status bei Erstdiagnose:**

Symptomatisches Multiples Myelom, durch

- Calcium elevation (> 11.5mg/dl) [>2.65 mmol/l]
- Renal insufficiency (creatinine > 2mg/dl)
- Anemia (hemoglobin <10g/dl oder 2g/dl<normal)
- Bone disease (lytic lesions oder osteopenia)

• Datum Erstdiagnose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• Stadium (nach Salmon & Durie): I  II  III  A  B  • Stadium (nach ISS): I  II  III

**Laborprognoseparameter:**

	Datum	Wert	Einheiten
Albumin			
Serum $\beta$ 2-Mikroglobulin			
LDH			
Hämoglobin			

- MM-Protein – schwere Kette: IgA  IgG  IgD  IgE  IgM  Leichtketten-Myelom   
 MM-Protein – leichte Kette: kappa  lambda
- Hochrisikokonstellation (FISH – Diagnostik): **+1q21** ja  nein   $\emptyset$  untersucht  **del17p13** ja  nein   $\emptyset$  untersucht   
**t(4;14)** ja  nein   $\emptyset$  untersucht  **Andere** ja : \_\_\_\_\_ nein  unbekannt.
- Datum Patienten-Einwilligung der Teilnahme am IV: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Therapie außerhalb des Studienprotokolls:** nein  ja

- Wenn ja, Grund:
- Ein- und Ausschlusskriterien MM5 werden nicht erfüllt
  - Patient (-in) mit Studieneinschluss nicht einverstanden
  - Behandelnder Arzt mit Studieneinschluss nicht einverstanden
  - Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

Datum	Vor- und Zuname	Unterschrift
-------	-----------------	--------------