

Phase IV-Studie zum Stellenwert der Ganzhirnbestrahlung in der Primärtherapie primärer ZNS-Lymphome mit Hochdosis-Methotrexat

13. Ersterhebung bei Patienten, die nicht nach Protokoll behandelt wurden

Seite 1/2

Pat.-Initialen/..... (Vorname/Nachname)

Pat. Nr./..../..../....

Geb.-Datum/...../.....(Tag/Mon./Jahr)

1. Daten zur Operation/Diagnosesicherung

Datum der Erstdiagnose _____ (Tag/Mon./Jahr)

- OP-Typ
- makroskop. Totalresektion
 - Teilresektion
 - offene Biopsie
 - stereotaktische Biopsie
 - keine, Diagnose über Liquorpunktion oder Glaskörperzytologie

OP-Komplikationen _____

Neuropatholog. Diagnose:

- diffus großzelliges B-NHL:
 - zentroblastische Variante
 - immunoblastische Variante
 - T-Zell-reiche Variante
 - anaplastische Variante
 - Burkitt-like
- großzelliges T-NHL
- kleinzelliges B-NHL

2. Klinische Angaben

2.1. Neurologischer Befund

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| unauffälliger Befund | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hirndruckzeichen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hemisymptomatik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| neuropsycholog. Defizite | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hirnnervenausfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| cerebelläres Syndrom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| spinales/radikuläres Syndrom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfälle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| org. Psychosyndrom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen _____

Karnofsky-Index nach OP _____

Ersterhebung bei Patienten, die nicht nach Protokoll behandelt wurden **Seite 2/2**

Pat.-Initialen/..... (Vorname/Nachname)

Pat. Nr./..../..../....

Geb.-Datum/...../..... (Tag/Mon./Jahr)

3. Gründe für den Ausschluß vom MTX/IFO-Protokoll

- Patientenwunsch
 - Patient entzieht sich weiterer Behandlung/Untersuchung
 - Einschlusskriterien nicht erfüllt
 - Nierenfunktionsstörung GFR < 50 ml/min
 - Erkrankung anderer Organe, die eine Chemotherapie unmöglich machen
 - mangelnde Knochenmarksreserve
 - pos. HIV-Test
 - vorbestehende Immunsuppression
 - gleichzeitige immunsuppressive Behandlung
 - Organtransplantation
 - Alter <18 Jahre
 - Karnofsky <30 aufgrund des NHL
 - Lebenserwartung < 2 Monate
 - Vorbehandlung des ZNS-Lymphoms mit anderer Chemotherapie
 - welche? _____
 - systemisches Lymphom gleichzeitig mit Erstdiagnose des cerebralen Lymphoms
 - andere aktive maligne Erkrankung
 - laufende andere Chemotherapie
 - keine Kontrazeption, Schwangerschaft oder Stillzeit
 - andere Gründe: _____
-

5. Geplante Therapie des nicht in die Studie aufgenommenen ZNS-Lymphom-Patienten

- primäre Strahlentherapie
- andere Radiochemotherapie oder Chemotherapie, welche?

- Palliativtherapie mit Steroiden
- keine Therapie

Datum _____

Unterschrift _____

Klinik _____

Phase IV-Studie zum Stellenwert der Ganzhirnbestrahlung in der Primärtherapie primärer ZNS-Lymphome mit Hochdosis-Methotrexat

14. Verlaufsbogen für Patienten, die nicht nach Protokoll behandelt wurden

Seite 1/2

Datenerhebung bei Abschluß der Behandlung oder Tod des Patienten

Pat.-Initialen/..... (Vorname/Nachname)

Pat. Nr./..../..../....

Geb.-Datum/...../..... (Tag/Mon./Jahr)

1. Bisherige Therapie

- primäre Strahlentherapie
 andere Radiochemotherapie oder Chemotherapie, welche?

- Palliativtherapie mit Steroiden
 keine

2. Derzeitiger klin. Status

- Patient im weiteren Follow-up
 keine weiteren Angaben zum Verlauf möglich ("lost for follow-up"; weiter bei 3.1.)
 Patient verstorben am

3.1. Letzte Nachuntersuchung am _____ (Tag/Mon./Jahr)

Karnofsky-Index _____

Letzte Bildgebung vom _____ (Tag/Mon./Jahr) zeigte

- CR PR SD PD

Klin. und radiographisch Anhalt für Leukenzephalopathie ja nein

Verlaufsbogen für Patienten, die nicht nach Protokoll behandelt wurden

Seite 2/2

Pat.-Initialen/..... (Vorname/Nachname)

Pat. Nr./..../..../....

Geb.-Datum/...../..... (Tag/Mon./Jahr)

3.2. Patient verstorben am _____ (Tag/Mon./Jahr)

Todesursache

aufgrund Fortschreitens des Tumors

aufgrund von Nebenwirkungen der Therapie

akute

Myelosuppression und Infektion

andere: _____

chronisch

Leukenzephalopathie

andere: _____

andere Todesursache unabhängig von Tumor und dessen Therapie:

Datum _____

Unterschrift _____

Klinik _____