



Erfassungsstudie zur radikalen Salvage – Prostatektomie bei lokoregionärem Prostatakarzinomrezidiv nach Strahlentherapie

Studienleiter: Prof. Dr. med. Axel Heidenreich, Bereich Urologische Onkologie, Universität zu Köln

Patient

_____|_____|_____|_____|
(Vorname, Nachname)

geboren am ____|____|/____|____|/____|____|____|____|
(Tag Monat Jahr)

Status bei Op Indikation

PSA: ____|____|____|____|,____| ng/ml

TRUS: ____|____| ml

DRE: ____|____|____|____|

Prostatastanzen ____|____|

Gleason Score: ____|____| (____| + ____|)

positive Stanzen: ____|____|

Vorbehandlung

(Tag Monat Jahr)

Perkutane Radiatio Dosis: ____|____|,____| Gy Datum: ____|____|/____|____|/____|____|____|____|

HDR Dosis: ____|____| Gy, 2 x ____|____| Gy Datum: ____|____|/____|____|/____|____|____|____|

Seeds Dosis: ____|____| Gy Datum: ____|____|/____|____|/____|____|____|____|

PSA bei Therapiebeginn ____|____| ng/ml Gleason-Score: ____|____| (____| + ____|)

PSA Nadir ____|____|____|,____|____| ng/ml positive Stanzen: ____|____|

cT – Stadium ____|____|

Intraoperativer Verlauf

Op – Zeit ____|____| Min. Blutverlust: ____|____|____|ml

Operationstechnik RPE Zystoprostatektomie

Komplikationen nein Rektum Ureter Gefäße

Andere: _____

Postoperativer Verlauf

DK-Verweildauer ____|____| Tage stationärer Aufenthalt ____|____| Tage

Kontinenz am Entlassungstag 0-1 Vorlage 2-4 Vorlagen > 4 Vorlagen

Kontinenz 3 Monate postop 0-1 Vorlage 2-4 Vorlagen > 4 Vorlagen

Kontinenz 6 Monate postop 0-1 Vorlage 2-4 Vorlagen > 4 Vorlagen

Kontinenz 12 Monate postop 0-1 Vorlage 2-4 Vorlagen > 4 Vorlagen

Potenz 12 Monate postop unverändert PDE-5 Inhibitor gar nicht

Komplikationen: Nachblutung Paralyse Lungenembolie

Herzinfarkt Lymphocele Lymphödem Blasenhalstriktur

Inkontinenz andere: _____

Tumorrelevante Daten

pT ____| pN ____| Gleason Score ____|____| (____| + ____|) R-Status R0 R1

PSA: 3 Mon ____|____|____|,____|____| ng/ml 6 Mon ____|____|____|,____|____| ng/ml 12Mon ____|____|____|,____|____| ng/ml

Bitte senden Sie diesen Bogen an: AUO, Seestr. 11, 17252 Schwarz, Fax 039827/79 678, AUO@MeckEvidence.de

Datum: ____|____|/____|____|/____|____|
Tag Monat Jahr

Unterschrift des Arztes: _____

Stempel der Klinik: _____

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.