

Anmeldung und Checkliste

FÜR EINE XOFIGO-THERAPIE (RADIUM-223)

Patientendaten

Name: _____

Geb.-Datum: _____ Telefonnummer: _____

Versichertenstatus: _____

Daten des zuweisenden Urologen

Name: _____

Telefonnummer: _____

Notwendige Unterlagen und Daten zur Prüfung der Indikation

Bisherige Therapien _____

Chemotherapie geplant? ja nein

Knochenschmerzen oder Mobilitätseinschränkungen oder pathologische Fraktur? ja nein

Rückenmarkskompression? ja nein

Symptom der tumorbedingten Hypercalciämie (verkürzte QT-Zeit, Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Obstipation, Nephrolithiasis, Polyurie, Polydipsie, Muskelschwäche)? ja nein

Progression der ossären Metastasen ja nein

Bilder der beiden letzten Skelettszintigraphien erforderlich (letzte Szintigraphie nicht älter als 4 Wochen), falls nicht vorhanden gerne Terminierung im MVZ Klinikum Dortmund

Ausschluss von viszeralen Metastasen ja nein

Befunde von aktuellem CT oder MRT von Thorax und Abdomen erforderlich (Lymphknoten-Metastasen bis 3 cm sind erlaubt)

Testosteron-Werte im Verlauf bitte Kopie beilegen

PSA-Werte im Verlauf bitte Kopie beilegen

Aktuelle Medikamente bitte Kopie beilegen

Aktuelles Differentialblutbild:

Hb: _____

Segmentkernige Leukozyten: _____

Thrombozyten: _____

Chronisch entzündliche Darmerkrankung ja nein Dialysepflichtigkeit ja nein

Stuhl- oder Harninkontinenz ja nein

Datum, Unterschrift (Facharzt für Urologie) _____

Großes Blutbild vor 1. Injektion (nicht älter als 2 Wochen) vom: _____

Neutrophile > $1,5 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $100 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 2. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 3. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 4. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 5. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Vor 6. Applikation, Labor vom: _____

Neutrophile > $1,0 \times 10^9/l$ _____ Thrombozyten > $50 \times 10^9/l$ _____

Hb > 10 g/dl _____ aktuelles Gewicht (kg): _____

Datum/Unterschrift (Facharzt f. Nuklearmedizin): _____

Nachsorge:

Differentialblutbild	alle 3 Monate im ersten Jahr, danach alle 6 Monate
Skelettszintigraphie	3 Monate nach dem letzten Xofigo-Zyklus, danach alle 6 bis 12 Monate
PSA, LDH, CRP, AP	alle 3 bis 6 Monate