

Checkliste PSMA-Liganden-Therapie für Zuweiser

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass eine zeitnahe Bearbeitung nur bei Vorlage vollständiger Unterlagen erfolgen kann. Bitte senden Sie die ausgefüllte Checkliste per Fax an: 0231 / 953-20060. Vielen Dank.

Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____ **Telefonnr.:** _____

Krankenversicherung: _____

Zuweiserdaten

Name _____ **Telefonnr.:** _____

_____ **Fax:** _____

	Liegt vor	fehlt
Original-Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie kastrationsresistentes, metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRCA-Testung nein ja, Ergebnis _____

Labor nicht älter als 2 Wochen (gr. Blubild, Krea, GFR, GOT, GPT, GGT, PSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Therapieverlauf (jeweils mit Angabe des Zeitraums)

Vorherige erweiterte Hormontherapie (ARSI/ARPI) (mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)

Abirateron, Zeitraum von: _____ bis: _____

Enzalutamid/Darolutamid/Apalutamid, Zeitraum von: _____ bis: _____

Vorherige Taxan-basierte Chemotherapie (mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)

Docetaxel, Zeitraum von: _____ bis: _____

Cabazitaxel, Zeitraum von: _____ bis: _____

Therapie ist

bereits ausgeschöpft

nicht möglich bei (Zutreffendes ankreuzen)

Polyneuropathie, höhergradiger kardiovask. Erkrankung, eingeschränktem AZ (ECOG 2),

Allergie/Unverträglichkeit, höhergradiger Leukopenie/Thrombopenie

Strahlentherapie nein ja, Zeitraum von: _____ bis: _____

Allgemeinzustand: ECOG (0-5) ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2 ECOG 3 ECOG 4 ECOG 5

PSMA-Bildgebung vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____; _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Aktueller Medikamentenplan und Therapiebrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie

Anhand des PSA-Verlaufs (bitte mind. 3 PSA-Werte mit Datum beifügen) und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Bildmorphologisch (CT, MRT, PSMA-PET/CT etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Aktuelles CT-Thorax & Abdomen mit KM (nicht älter als 3 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Alle Befunde benötigen wir vorab per Post oder FAX. Vorliegende Bildgebung sollte der Patient bitte spätestens am Besprechungstag digital mitbringen!