



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

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

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

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:

Herzinfarkt

Inkontinenz

Nachblutung

Lymphocele

andere: _____

Paralyse

Lymphödem

Lungenembolie

Blasenhalstriktur

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.