

DETECT DETECT V/CHEVENDO - Checkliste Abschlussvisite

Pat. ID: _____

Angaben zur Patientin oder Patientenetikett:

Name Patientin: _____

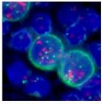
Geburtsdatum: _____

Abschlussvisite (zum Ende der Therapie, oder bei Abbruch (z.B. Progress))

- Laborbefunde (in der Akte der Patientin für die Dokumentation vorliegend)
- Diff.BB (Hämoglobin, absolute Neutrophile, Leukozyten, Thrombozyten)
 - Klinische Chemie: Bilirubin, Kreatinin, AST, ALT (Ribociclib-Kohorte: Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphor, GGT, AP und LDH baseline und klinisch-induziert: Total Cholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyzeride, Elektrolyte (bitte beachten Sie die definierten Angaben im Prüfplan)
- Blutentnahme für das TraFo-Projekt (Begleitschein ausgedruckt?). Kit-Nr.: _____
(oder Nummernaufkleber einkleben)
nur bei Einwilligung in TraFo-Projekte (Pat.-Einverständnis Nr. 2)
- Behandlung gemäß Prüfplan mit **Trastuzumab** erfolgt?
 ja nein
Falls nein, bitte Dosisreduktion oder Indikation für Therapiewechsel und neue Therapie angeben:

- Behandlung gemäß Prüfplan mit **Pertuzumab** erfolgt?
 ja nein
Falls nein, bitte Dosisreduktion oder Indikation für Therapiewechsel und neue Therapie angeben:

- Behandlung gemäß Prüfplan mit **Ribociclib** erfolgt?
 ja nein
Falls nein, bitte Dosisreduktion oder Indikation für Therapiewechsel und neue Therapie angeben:



DETECT DETECT V/CHEVENDO - Checkliste Abschlussvisite

Pat. ID: _____

Angaben zur Patientin oder Patientenetikett:

Name Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

- Behandlung gemäß Prüfplan (Trastuzumab/Pertuzumab/Ribociclib + **endokrine Therapie**) erfolgt?
 ja nein

Falls nein, bitte Dosisreduktion oder Indikation für Therapiewechsel und neue Therapie angeben:

- Behandlung gemäß Prüfplan (Trastuzumab/Pertuzumab + **Chemotherapie**) erfolgt?
 ja nein

Falls nein, bitte Dosisreduktion oder Indikation für Therapiewechsel und neue Therapie angeben:

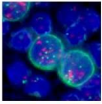
- Dokumentation unerwünschter Ereignisse:

Bezeichnung	CTC-Grad	Start	Stopp	Medikation	Kausalzusammenhang z. Medikation
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____
_____	_____	_____	_____	_____	(Code 1-5*) _____

(* 1=sehr wahrscheinlich, 2=wahrscheinlich, 3=möglich, 4=unwahrscheinlich, 5=kein Zusammenhang)

- Begleitmedikation (nur im Falle einer Änderung zur Vor-Visite anzugeben)

Bezeichnung	Indikation	Start	Ende	Dauermedikation
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



DETECT DETECT V/CHEVENDO - Checkliste Abschlussvisite

Pat. ID: _____

Angaben zur Patientin oder Patientenentkett:

Name Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

_____ ja nein

Vitalparameter:

Herzfrequenz:

Blutdruck:

Körpertemperatur:

Körperliche Untersuchung:

ECOG/Karnofsky-Index:

Schwangerschaftstest für prämenopausale Patientinnen: negativ positiv

Tumorassessment

Bitte händigen Sie der Patientin die Lebensqualitätsbögen (EORTC QLQ-C30 und –BR23) aus

Erinnerung der Patientin an die geplanten FU-Visiten.

Datum

Name Prüfarzt in Druckbuchstaben

Unterschrift Prüfarzt