

Case Report Form

Registerstudie Fistel-assoziierte Karzinome bei M. Crohn

Akronym: FAC-Studie

DRKS: 00011766

Version 1.7 vom 17.08.2018

Patienten-Name

Studien-Nummer

--	--	--	--	--	--

Zentrum Patient

EDV-Nummer des Zentrums

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(falls zutreffend)

Versandadresse für CRFs:

Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie
Sekretariat Frau Prof. Dr. B. Siegmund
z. Hd. Herrn C. Treese/C. Kurth
Campus Benjamin Franklin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin
Fax: 030 450 514 990

Diese Seite aus Datenschutzgründen bitte nicht versenden!

FAC-Studie

CRF-Ausfüllanleitung

Allgemeine Hinweise:

Bitte füllen Sie die CRFs **leserlich** mit einem dokumentenechten schwarzen Kugelschreiber aus.

Bitte verwenden Sie zur Dokumentation **fehlender Werte** folgende Kürzel:

n.a. = not available, not assessed, not applicable

n.d. = not done

n.k. = not known

Sind **Korrekturen** auf dem CRF nötig, sind diese GCP-konform durchzuführen (fehlerhaften Eintrag einmal durchstreichen, korrekte Angabe daneben schreiben und mit Datum und Namenskürzel signieren). Die Verwendung von Tipp-Ex ist nicht erlaubt.

Datumsangaben sind im Format TT.MM.JJJJ einzutragen, fehlende Teile sind durch „n.k.“ zu kennzeichnen (z.B. „n.k..01.2017“).

Bitte denken Sie daran, dass der **Studienarzt** an den dafür vorgesehenen Stellen zur Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit seine **Unterschrift** leistet.

Seiten, die nicht ausgefüllt wurden (z.B. aufgrund fehlender Visite), bitte komplett durchstreichen und mit Datum und Namenskürzel signieren.

Zu den CRFs:

- Das **Original** wird **an die Versandadresse für CRFs** gesendet.
- Eine **Kopie verbleibt im Studienzentrum**

Nachträgliche Korrekturen nach Versenden des Original-CRFs sind folgendermaßen durchzuführen:

- Ergänzen/korrigieren Sie die Dokumentation auf dem Original
- Schicken Sie eine Kopie dieses Blattes an die Versandadresse für CRFs bzw. faxen Sie es mit dem Vermerk „**Korrektur**“

Versandadresse für CRFs:

Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie
Sekretariat Frau. Prof. Dr. B. Siegmund
z. Hd. Herrn Dr. C. Treese/C. Kurth
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin
Fax: 030 450 514 990

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>							Zentrum			Patient			Screening/Baseline	
Zentrum			Patient												
Datum der Dokumentation:	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									TT.MM.JJJJ					
Art der Datenerhebung:	<input type="checkbox"/> nur retrospektiv <input type="checkbox"/> retrospektiv mit geplantem prospektivem Follow-up														
<i>Sofern „nur retrospektive“ Datenerhebung angekreuzt, springen Sie bitte direkt zum Abschnitt „Allgemeine Angaben zur Person“.</i>															
Sofern prospektives Follow-up geplant:	Vorliegen einer unterzeichneten Einwilligungserklärung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
Datum der Einwilligung:	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									TT.MM.JJJJ					
			Ja	Nein											
Einschlusskriterien:	1. Alter ≥ 18 Jahre			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	2. Fistulierender M. Crohn			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	3. Fistel-assoziiertes Karzinom			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Ausschlusskriterien:	1. Vorbestehendes Karzinom mit zeitlich nachfolgender Fistelentwicklung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Allgemeine Angaben zur Person															
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich												
Geburtsdatum:	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							MM. JJJJ							
Raucherstatus:	War der/die Patient/in im Zeitraum von 12 Monaten vor Diagnose des Fistelkarzinoms aktiver Raucher (>7 Zigaretten/Woche)?														
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nicht bekannt												
Status bei Einschluss in die Registerstudie															
Patient zuletzt gesehen: <table style="border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MM.JJJJ															
Status:															
<input type="checkbox"/> rezidivfrei <i>(aktuell ohne onkologische Therapie)</i>		<input type="checkbox"/> in onkologischer Therapie													
<input type="checkbox"/> „best supportive care“ Situation bei bestehender Tumorerkrankung		<input type="checkbox"/> verstorben													
		<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MM.JJJJ													
<input type="checkbox"/> Status unbekannt															

Bildmaterial und pathologische Proben zum Zeitpunkt der Erstdiagnose des Fistelkarzinoms (optional)

*Bitte Befunde/Proben **nur ohne identifizierende Daten** zum Patienten versenden und **unter Angabe der Patientenummer** auf den Befunde/Proben!*

- digitales Bildmaterial des Patienten mit Darstellung des Fistelkarzinoms zum Zeitpunkt der Erstdiagnose (CT oder MRT)
- pathologische Proben (z.B. Paraffinblöcke) des Fistelkarzinoms

Weitere Anlagen (optional):

*Bitte Befunde **nur ohne identifizierende Daten** zum Patienten versenden und **unter Angabe der Patientenummer** auf den Befunde!*

- Kopie des primären histologischen Befundes des Fistelkarzinoms
- onkologischer Verlauf

Patienten-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>									Zentrum				Patient				TEIL 1: ANGABEN zum M. CROHN
Zentrum				Patient														
Klinischer Verlauf des M. CROHN VOR Diagnose des Fistelkarzinoms																		
<p>Erstdiagnose des M. CROHN: <i>Sofern das Datum der Erstdiagnose unbekannt ist, wählen Sie bitte eine der untenstehenden Angaben zur ungefähren Erkrankungsdauer aus.</i></p> <p> <input type="checkbox"/> ___ ___ / ___ ___ ___ (Monat) (Jahr) </p> <p> <input type="checkbox"/> < 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 10 Jahre <input type="checkbox"/> > 20 Jahre <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich </p>																		
<p>Ausbreitung nach Montreal-Klassifikation vor Diagnose des Fistelkarzinoms:</p> <p>A (Alter bei Diagnose):</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 (≤ 16 Jahre) <input type="checkbox"/> 2 (> 17–40 Jahre) <input type="checkbox"/> 3 (> 40 Jahre) </p> <p>L (Befall):</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 (terminales Ileum) <input type="checkbox"/> 2 (Kolon) <input type="checkbox"/> 3 (Ileokolon) <input type="checkbox"/> 4 (oberer GI-Trakt) <input type="checkbox"/> 4+ (unterer GI-Trakt und distale Erkrankung) </p> <p>B (Komplikationen):</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 (nicht strikturierend, nicht penetrierend) <input type="checkbox"/> 2 (strikturierend) <input type="checkbox"/> 3 (intern penetrierend) <input type="checkbox"/> 3p (perianal penetrierend) </p>																		
<p>Charakterisierung der Erkrankung:</p> <p> <input type="checkbox"/> steroidrefraktärer Verlauf <input type="checkbox"/> steroidabhängiger Verlauf <input type="checkbox"/> trifft nicht zu </p>																		
<p>Systemische Immunsuppression: <i>(mehrere Angaben möglich).</i> <i>Falls bekannt, geben Sie bitte auch die Dauer der jeweiligen Medikamentengabe an.</i></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 1585 703 1641"><input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch</td> <td data-bbox="703 1585 1418 1641">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1641 703 1697"><input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin</td> <td data-bbox="703 1641 1418 1697">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1697 703 1753"><input type="checkbox"/> Methotrexat</td> <td data-bbox="703 1697 1418 1753">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1753 703 1809"><input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper</td> <td data-bbox="703 1753 1418 1809">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1809 703 1865"><input type="checkbox"/> Ustekinumab</td> <td data-bbox="703 1809 1418 1865">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1865 703 1921"><input type="checkbox"/> Vedolizumab</td> <td data-bbox="703 1865 1418 1921">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1921 703 1977"><input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren</td> <td data-bbox="703 1921 1418 1977">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1977 703 2042"><input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren):</i></td> <td data-bbox="703 1977 1418 2042">Dauer: ___ ___ ___ (Monate)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> Methotrexat	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> Ustekinumab	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> Vedolizumab	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)	<input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren):</i>	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)
<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> Methotrexat	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> Ustekinumab	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> Vedolizumab	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	
<input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren):</i>	Dauer: ___ ___ ___ (Monate)																	

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Zentrum</td> <td style="border: none; text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>	_ _ _	_ _ _	Zentrum	Patient	TEIL 1: ANGABEN zum M. CROHN
_ _ _	_ _ _					
Zentrum	Patient					
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>						
<input type="checkbox"/> keine systemische Immunsuppression erfolgt						
Erfolgte eine kombinierte Gabe der oben genannter Immunsuppressiva?						
<input type="checkbox"/> ja, 2-fach Kombination <i>(bitte spezifizieren)</i>	<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch <input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin <input type="checkbox"/> Methotrexat <input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper <input type="checkbox"/> Ustekinumab <input type="checkbox"/> Vedolizumab <input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____					
<input type="checkbox"/> ja 3-fach Kombination <i>(bitte spezifizieren)</i>	<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch <input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin <input type="checkbox"/> Methotrexat <input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper <input type="checkbox"/> Ustekinumab <input type="checkbox"/> Vedolizumab <input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____					
<input type="checkbox"/> nein						
Wie lange war die kumulative Dauer der gesamten systemischen Immunsuppression? <i>Sofern eine exakte Angabe in Monaten nicht möglich ist, wählen Sie bitte eine der folgenden Angaben zur ungefähren Dauer aus.</i>						
<input type="checkbox"/> _____ (Monate) <input type="checkbox"/> < 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 5 Jahre <input type="checkbox"/> > 10 Jahre <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich						
Operative Therapie: <i>(mehrere Angaben möglich)</i>						
<input type="checkbox"/> Strikturoplastik <input type="checkbox"/> Ileozökalresektion <input type="checkbox"/> Dünndarmsegmentresektion <input type="checkbox"/> Dickdarmsegmentresektion <input type="checkbox"/> subtotale Kolektomie <input type="checkbox"/> Proktokolektomie <input type="checkbox"/> Ileostoma <input type="checkbox"/> Kolostoma						
<input type="checkbox"/> keine OP erfolgt <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____						

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Patient</td> </tr> </table>							Zentrum			Patient			<p>TEIL 1: ANGABEN zum M. CROHN</p>
Zentrum			Patient											
Allgemeine Angaben zur M. CROHN-assoziierten FISTELERKRANKUNG														
<p>Erstdiagnose der Fistelerkrankung: <i>Sofern das Datum der Erstdiagnose unbekannt ist, wählen Sie bitte eine der folgenden Angaben zur ungefähren Erkrankungsdauer aus.</i></p>														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ____ / ____ <small>(Monat) (Jahr)</small></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> < 5 Jahre</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> > 5 Jahre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> > 10 Jahre</td> <td><input type="checkbox"/> > 20 Jahre</td> <td><input type="checkbox"/> keine Angabe möglich</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ____ / ____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	<input type="checkbox"/> < 5 Jahre	<input type="checkbox"/> > 5 Jahre	<input type="checkbox"/> > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> > 20 Jahre	<input type="checkbox"/> keine Angabe möglich						
<input type="checkbox"/> ____ / ____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	<input type="checkbox"/> < 5 Jahre	<input type="checkbox"/> > 5 Jahre												
<input type="checkbox"/> > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> > 20 Jahre	<input type="checkbox"/> keine Angabe möglich												
<p>Lokalisation der Fistelerkrankung: <i>(mehrere Angaben möglich)</i></p>														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> perianal</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> enteroenterisch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> enterovesikal</td> <td><input type="checkbox"/> enterokutan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> enterisch-retroperitoneal blind endend</td> <td><input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i>: _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> perianal	<input type="checkbox"/> enteroenterisch	<input type="checkbox"/> enterovesikal	<input type="checkbox"/> enterokutan	<input type="checkbox"/> enterisch-retroperitoneal blind endend	<input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____						
<input type="checkbox"/> perianal	<input type="checkbox"/> enteroenterisch													
<input type="checkbox"/> enterovesikal	<input type="checkbox"/> enterokutan													
<input type="checkbox"/> enterisch-retroperitoneal blind endend	<input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____													
<p>Handelte es sich um ein einfaches oder komplexes Fistelsystem?</p>														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> einfach</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> komplex</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> einfach	<input type="checkbox"/> komplex										
<input type="checkbox"/> einfach	<input type="checkbox"/> komplex													
Klinischer Verlauf der FISTELERKRANKUNG VOR Diagnose des Fistelkarzinoms														
<p>Systemische Immunsuppression: <i>im Zeitraum von 12 Monaten vor Diagnose des Fistelkarzinoms, sofern erfolgt (mehrere Angaben möglich)</i></p>														
<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> Methotrexat	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> Ustekinumab	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> Vedolizumab	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____	Dauer: ____ (Monate)													
<input type="checkbox"/> keine systemische Immunsuppression erfolgt														
Erfolgte eine kombinierte Gabe der unter oben genannter Immunsuppressiva?														
<input type="checkbox"/> ja, 2-fach Kombination <i>(bitte spezifizieren)</i>	<table style="border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Methotrexat</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ustekinumab</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Vedolizumab</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch	<input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin	<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper	<input type="checkbox"/> Ustekinumab	<input type="checkbox"/> Vedolizumab						
<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch														
<input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin														
<input type="checkbox"/> Methotrexat														
<input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper														
<input type="checkbox"/> Ustekinumab														
<input type="checkbox"/> Vedolizumab														

Patienten-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>									Zentrum				Patient				TEIL 1: ANGABEN zum M. CROHN
Zentrum				Patient														
		<input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren <input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____ _____																
<input type="checkbox"/> ja 3-fach Kombination (<i>bitte spezifizieren</i>)		<input type="checkbox"/> Glukokortikoide systemisch <input type="checkbox"/> Azathioprin / 6-Mercaptopurin <input type="checkbox"/> Methotrexat <input type="checkbox"/> TNF-alpha-Antikörper <input type="checkbox"/> Ustekinumab <input type="checkbox"/> Vedolizumab <input type="checkbox"/> Calcineurininhibitoren <input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____ _____																
<input type="checkbox"/> nein																		
Operative Therapie der Fistelerkrankung: (<i>mehrere Angaben möglich</i>) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einlage von Fadendrainagen</td> <td><input type="checkbox"/> Fistulotomie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fistulektomie</td> <td><input type="checkbox"/> Ileostoma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kolostoma</td> <td><input type="checkbox"/> Proktektomie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Proktokolektomie</td> <td><input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> keine OP erfolgt</td> <td>_____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Einlage von Fadendrainagen	<input type="checkbox"/> Fistulotomie	<input type="checkbox"/> Fistulektomie	<input type="checkbox"/> Ileostoma	<input type="checkbox"/> Kolostoma	<input type="checkbox"/> Proktektomie	<input type="checkbox"/> Proktokolektomie	<input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____	<input type="checkbox"/> keine OP erfolgt	_____						
<input type="checkbox"/> Einlage von Fadendrainagen	<input type="checkbox"/> Fistulotomie																	
<input type="checkbox"/> Fistulektomie	<input type="checkbox"/> Ileostoma																	
<input type="checkbox"/> Kolostoma	<input type="checkbox"/> Proktektomie																	
<input type="checkbox"/> Proktokolektomie	<input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____																	
<input type="checkbox"/> keine OP erfolgt	_____																	
Bestand nach operativer Therapie ein ausgeschaltetes Rektum bzw. ein blind endender Rektumstumpf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
War die Fistelkrankheit im Zeitraum von <u>12 Monaten VOR</u> Diagnose des Fistelkarzinoms kontrolliert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
Welche Symptome der Fistelkrankheit bestanden im Zeitraum von <u>12 Monaten VOR</u> Diagnose des Fistelkarzinoms? (<i>mehrere Angaben möglich</i>) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schmerzen</td> <td><input type="checkbox"/> Sekretion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fistelbezogene Abszessbildung</td> <td><input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sekretion	<input type="checkbox"/> Fistelbezogene Abszessbildung	<input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____		_____										
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sekretion																	
<input type="checkbox"/> Fistelbezogene Abszessbildung	<input type="checkbox"/> andere (<i>bitte spezifizieren</i>): _____																	

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>					Zentrum	Patient			TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM
Zentrum	Patient									
Allgemeine Angaben zum FISTELKARZINOM										
Zeitpunkt der Erstdiagnose: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM. JJJJ										
Lokalisation: _____										
Bestand der begründete Verdacht auf ein Fistelkarzinom oder handelte es sich um eine Zufallsdiagnose?										
<input type="checkbox"/> begründeter Verdacht <input type="checkbox"/> Zufallsdiagnose										
Sofern der Verdacht auf ein Fistelkarzinom bestand, worauf begründete sich dieser? <i>(mehrere Angaben möglich)</i>										
<input type="checkbox"/> nicht-kontrollierte Fistelerkrankung <input type="checkbox"/> B-Symptome <input type="checkbox"/> endoskopischer Befund <input type="checkbox"/> radiologischer Befund <input type="checkbox"/> Fernmetastase(n) <input type="checkbox"/> andere <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____										
Wie wurde die Diagnose des Fistelkarzinoms gesichert?										
<input type="checkbox"/> Rektoskopie ohne Allgemeinanästhesie <input type="checkbox"/> Rektoskopie mit Allgemeinanästhesie <input type="checkbox"/> Operation <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ <input type="checkbox"/> andere Methode <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____										
In welchem Bereich der Fistel(n) wurde das Fistelkarzinom histopathologisch festgestellt? <i>(mehrere Angaben möglich)</i>										
<input type="checkbox"/> interner Fistelporus <input type="checkbox"/> externer Fistelporus <input type="checkbox"/> im Fistelgang <input type="checkbox"/> andere Lokalisation <i>(bitte spezifizieren)</i> : _____ _____										
Histologie: <i>Primären histologischen Befund bitte als pseudonymisierte Kopie mitschicken; hierzu bitte Patientendaten schwärzen und Kopie mit Studiennummer beschriften.</i>										
<input type="checkbox"/> Adenokarzinom <input type="checkbox"/> Plattenepithelkarzinom <input type="checkbox"/> unbekannt										
Grading:										
<input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> G4 <input type="checkbox"/> unbekannt										
Molekulares Profil <i>(bei Adenokarzinom):</i>										
All RAS:										
<input type="checkbox"/> wt <input type="checkbox"/> mutiert <input type="checkbox"/> nicht analysiert										

Patienten-Nr.:		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>								Zentrum			Patient			TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM	
Zentrum			Patient														
	Substanz	Dosis (Einheit)															
1																	
2																	
3																	
4																	
Strahlentherapie:																	
<input type="checkbox"/> begonnen: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MM. JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt																	
Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe																	
Bestrahlungsfeld: _____																	
Kombinierte Strahlenchemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																	
	Substanz	Dosis (Einheit)															
1																	
2																	
Bildgebend bestes Ansprechen:																	
<input type="checkbox"/> komplette Response <i>(Zielläsionen verschwunden)</i>																	
<input type="checkbox"/> partielle Response <i>(Zielläsionen um >= 30 % kleiner)</i>																	
<input type="checkbox"/> stabile Erkrankung <i>(weder partielle Remission noch Progression)</i>																	
<input type="checkbox"/> Progression <i>(Zielläsionen um >= 20 % größer)</i>																	
<input type="checkbox"/> nicht evaluiert <input type="checkbox"/> nicht evaluiierbar																	
Verlauf:																	
<input type="checkbox"/> Patient wird aktuell in 1. Therapielinie behandelt <input type="checkbox"/> Patient wird nicht mehr in 1. Therapielinie behandelt																	
letzte Chemotherapie: Gesamtzahl der Chemotherapiezyklen: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MM.JJJJ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																	
letzte Bestrahlung: kumulative Strahlendosis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> MM.JJJJ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> , <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> (Gy)																	
Grund für Beendigung der 1. Therapielinie:																	
<input type="checkbox"/> Therapielinie abgeschlossen																	

Patienten-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>									Zentrum				Patient				TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM
Zentrum				Patient														
<input type="checkbox"/> Progression unter Therapie: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> schlechte Verträglichkeit <input type="checkbox"/> Patientenwunsch (<i>Begründung bitte spezifizieren</i>) <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/> <input type="checkbox"/> Tod: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM.JJJJ																		
Onkologischer Verlauf in der 2. Therapielinie																		
Beginn der Therapielinie: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM. JJJJ																		
Therapieintention: <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ																		
Operative Therapie: <input type="checkbox"/> Resektion erfolgt: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Beschreibung der OP: _____ R-Status: <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2																		
Chemotherapie (<i>nicht kombinierte Strahlenchemotherapie</i>): <input type="checkbox"/> begonnen: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM.JJJJ Zykluslänge: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> (Tage) <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe																		
1	Substanz	Dosis (Einheit)																
2																		
3																		
4																		
Strahlentherapie: <input type="checkbox"/> begonnen: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe Bestrahlungsfeld: _____																		

Patienten-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Zentrum</td> <td colspan="3">Patient</td> </tr> </table>							Zentrum			Patient			TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM	
Zentrum			Patient												
Kombinierte Strahlenchemotherapie:			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein											
	Substanz	Dosis (Einheit)													
1															
2															
Bildgebend bestes Ansprechen:															
<input type="checkbox"/> komplette Response (Zielläsionen verschwunden)		<input type="checkbox"/> partielle Response (Zielläsionen um $\geq 30\%$ kleiner)													
<input type="checkbox"/> stabile Erkrankung (weder partielle Remission noch Progression)		<input type="checkbox"/> Progression (Zielläsionen um $\geq 20\%$ größer)													
<input type="checkbox"/> nicht evaluiert		<input type="checkbox"/> nicht evaluierbar													
Verlauf:															
<input type="checkbox"/> Patient wird aktuell in 2. Therapielinie behandelt		<input type="checkbox"/> Patient wird nicht mehr in 2. Therapielinie behandelt													
letzte Chemotherapie: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> MM.JJJJ								Gesamtzahl der Chemotherapiezyklen: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>							
letzte Bestrahlung: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> MM.JJJJ								kumulative Strahlendosis: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> , <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> (Gy)							
Grund für Beendigung der 2. Therapielinie:															
<input type="checkbox"/> Therapielinie abgeschlossen															
<input type="checkbox"/> Progression unter Therapie: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> MM.JJJJ															
<input type="checkbox"/> schlechte Verträglichkeit															
<input type="checkbox"/> Patientenwunsch (Begründung bitte spezifizieren) _____															
<input type="checkbox"/> Tod: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> MM.JJJJ															
Onkologischer Verlauf in der 3. Therapielinie															
Beginn der Therapielinie: <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> MM. JJJJ															
Therapieintention:															
<input type="checkbox"/> kurativ		<input type="checkbox"/> palliativ													

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Patient</td> </tr> </table>							Zentrum			Patient			TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM
Zentrum			Patient											
Operative Therapie:														
<input type="checkbox"/> Resektion erfolgt: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Beschreibung der OP: _____ R-Status: <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2														
Chemotherapie <i>(nicht kombinierte Strahlenchemotherapie):</i>														
<input type="checkbox"/> begonnen: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MM.JJJJ Zykluslänge: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (Tage) <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe														
	Substanz	Dosis (Einheit)												
1														
2														
3														
4														
Strahlentherapie:														
<input type="checkbox"/> begonnen: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe Bestrahlungsfeld: _____														
Kombinierte Strahlenchemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
	Substanz	Dosis (Einheit)												
1														
2														
Bildgebend bestes Ansprechen:														
<input type="checkbox"/> komplette Response <input type="checkbox"/> partielle Response <i>(Zielläsionen verschwunden)</i> <i>(Zielläsionen um >= 30 % kleiner)</i>														

Patienten-Nr.:	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Zentrum</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Patient</td> </tr> </table>									Zentrum				Patient				TEIL 2: ANGABEN zum FISTELKARZINOM									
Zentrum				Patient																							
<input type="checkbox"/> stabile Erkrankung (weder partielle Remission noch Progression) <input type="checkbox"/> nicht evaluiert		<input type="checkbox"/> Progression (Zielläsionen um $\geq 20\%$ größer) <input type="checkbox"/> nicht evaluierbar																									
Verlauf:																											
<input type="checkbox"/> Patient wird aktuell in 3. Therapielinie behandelt		<input type="checkbox"/> Patient wird nicht mehr in 3. Therapielinie behandelt																									
letzte Chemotherapie: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">MM.JJJJ</td> </tr> </table>												MM.JJJJ										Gesamtzahl der Chemotherapiezyklen: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
MM.JJJJ																											
letzte Bestrahlung: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">MM.JJJJ</td> </tr> </table>												MM.JJJJ										kumulative Strahlendosis: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> , <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (Gy)					
MM.JJJJ																											
Grund für Beendigung der 3. Therapielinie:																											
<input type="checkbox"/> Therapielinie abgeschlossen																											
<input type="checkbox"/> Progression unter Therapie: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">MM.JJJJ</td> </tr> </table>													MM.JJJJ														
MM.JJJJ																											
<input type="checkbox"/> schlechte Verträglichkeit																											
<input type="checkbox"/> Patientenwunsch (Begründung bitte spezifizieren)																											
<hr/>																											
<input type="checkbox"/> Tod: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">MM.JJJJ</td> </tr> </table>													MM.JJJJ														
MM.JJJJ																											
Weitere Therapielinien																											
<i>Sofern der Patient in mehr als 3 Therapielinien behandelt wurde, bitte die weiteren Therapien auf einem Extrablatt pro Therapielinie (s. Anhang) zu skizzieren.</i>																											
Unterzeichnung Studienarzt/-ärztin																											
Datum: <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												TT.MM.JJJJ															
<hr/>		<hr/>																									
Name Studienarzt/-ärztin		Unterschrift Studienarzt/-ärztin																									

ANHANG: Nur auszufüllen, wenn > 3 Therapielinien. Pro zusätzlicher Therapielinie sind die Extrablätter Seite 16-17 zu kopieren und auszufüllen.

Patienten-Nr.:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Zentrum</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Patient</td> </tr> </table>							Zentrum			Patient			<p>EXTRABLATT zum Ausfüllen zusätzlicher Therapielinien</p>
Zentrum			Patient											
Therapielinie Nr.: <input style="width: 30px;" type="text"/>														
Onkologischer Verlauf in der Therapielinie:														
Beginn der Therapielinie: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MM. JJJJ														
Therapieintention:														
<input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ														
Operative Therapie:														
<input type="checkbox"/> Resektion erfolgt: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt														
Beschreibung der OP: _____														
R-Status: <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2														
Chemotherapie (nicht kombinierte Strahlenchemotherapie):														
<input type="checkbox"/> begonnen: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MM.JJJJ Zykluslänge: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (Tage) <input type="checkbox"/> nicht erfolgt														
Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe														
	Substanz	Dosis (Einheit)												
1														
2														
3														
4														
Strahlentherapie:														
<input type="checkbox"/> begonnen: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MM.JJJJ <input type="checkbox"/> nicht erfolgt														
Strategie: <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> keine Angabe														
Bestrahlungsfeld: _____														
Kombinierte Strahlenchemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														

