

Checkliste vor Zuweisung zur Radioliganden-Therapie bei Prostatakarzinom

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Telefonnr.: _____

Krankenversicherung: _____

	liegt vor	fehlt
Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie	☐	☐
BRCA-Testung ☐ nein ☐ ja, Ergebnis: _____	☐	☐
Labor nicht älter als 2 Wochen (großes Blutbild, Kreatinin, GFR, GOT, GPT, γGT, AP, PSA)	☐	☐
Therapieverlauf (bitte jeweils mit Angabe des Zeitraums, z.B. 05/22 – 12/22)		
Androgendeprivationstherapie: Präparat + Zeitraum: _____	☐	☐
Bisphosphonate / Denosumab ☐ nein ☐ ja, Zeitraum: _____	☐	☐
ARPI (Abirateron, ☐ nein ☐ ja, Präparat + Zeitraum: _____ Enzalutamid, etc.)	☐	☐
Docetaxel ☐ nein ☐ ja, Zeitraum: _____	☐	☐
Cabazitaxel ☐ nein ☐ ja, Zeitraum: _____	☐	☐
Strahlentherapie ☐ nein ☐ ja, bitte Befunde beifügen	☐	☐
Therapierelevante Begleiterkrankungen: _____	☐	☐
Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie:		
PSA-Verlauf	☐	☐
Bildgebung in den letzten 6 Monaten: CT, MRT oder PSMA PET/CT	☐	☐
ECOG (0-5) oder Karnofsky-Index (0-100): _____	☐	☐
Aktuelle Medikamente in ELGA verfügbar? <i>ansonsten bitte beifügen</i>	☐	☐

Kontakt:

Mail: nuk-therapien@salk.at

Durch die UK für Nuklearmedizin auszufüllen:

Onkologe / -in: _____

Urologe / -in: _____

TB-Beschluss:

☐ intern

☐ extern, Ort: _____

☐ liegt vor vom: _____

☐ fehlt, geplantes Datum: _____

PSMA-PET/CT:

☐ liegt vor vom: _____

☐ geplant am: _____

Labor:

☐ liegt vor vom: _____

☐ geplant am: _____