

***Erfassungsbogen zur Registrierung
von Patienten mit***

Gastro-Intestinalen-Stroma-Tumoren

in Österreich

Zentrum:

Patientennummer:

1 Stammdaten

Geburtsdatum: _____-_____-_____

Initialen (Vorname – Nachname): _____-_____

Geschlecht: männlich weiblich

Einwilligungserklärung: ja Datum: _____-_____-_____ nein

2 Diagnose – Anamnese

Datum der Erstdiagnose: _____-_____-_____

Primärtumor:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ösophagus | <input type="checkbox"/> Colon descendens |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Colon sigmoideum |
| <input type="checkbox"/> Duodenum | <input type="checkbox"/> Rektum |
| <input type="checkbox"/> Jejunum | <input type="checkbox"/> Mesenterium |
| <input type="checkbox"/> Ileum | <input type="checkbox"/> unklare Lokalisation: <input type="checkbox"/> Retroperitoneum |
| <input type="checkbox"/> Colon ascendens | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Colon transversum | <input type="checkbox"/> Unterbauch |

Zeitmalignom:

Wenn ja: Lokalisation _____

Diagnostik:

Allgemein:

Größe: _____ cm not available not done

Gewicht: _____ kg not available not done

Endoskopie: _____cm Tumorgröße not available not done

Sonographie: _____cm Tumorgröße not available not done

CT: _____cm Tumorgröße not available not done

MRT: _____cm Tumorgröße not available not done

PET: _____cm Tumorgröße not available not done

Biopsie durchgeführt: ja nein

Punktion durchgeführt: ja nein

Operation: _____cm Tumorgröße not available not done

Metastasen:

Leber: ja nein unsicher keine Angabe

Lunge: ja nein unsicher keine Angabe

Peritoneum: ja nein unsicher keine Angabe

Lymphknoten: ja nein unsicher keine Angabe

andere: ja nein unsicher keine Angabe

Lokalisation: _____

3 Diagnose - Pathologie

Histologie:

spindelförmig epitheloidförmig Mischtyp keine Angabe

Mitoseindex: _____ pro 50 HPF's not done not available

Immunhistochemie:

CD34:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
CD117–C-Kit:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Ki-67:	_____ %		<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
	Bewertung:	<input type="checkbox"/> erhöht	<input type="checkbox"/> normal	
DOG 1:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
PKC theta:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Bcl-2:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Vimentin:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
α Aktin:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Desmin:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
S-100:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
PDGFR α:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Chromogranin A:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done

C-Kit Mutationsanalysen:

Wild Typ:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 9:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 11:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 13:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 17:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
andere:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done

PDGFR Mutationsanalysen:

Wild Typ:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 12:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
Exon 18:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done
andere:	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> not available	<input type="checkbox"/> not done

4 Operative Therapie

Datum d. Operation: ____ - ____ - ____

Lokalisation des Primärtumors intraoperativ:

- Ösophagus: Tumorgröße _____ cm
- Magen: Tumorgröße _____ cm
- Duodenum: Tumorgröße _____ cm
- Jejunum: Tumorgröße _____ cm
- Ileum: Tumorgröße _____ cm
- Colon ascendens: Tumorgröße _____ cm
- Colon transversum: Tumorgröße _____ cm
- Colon descendens: Tumorgröße _____ cm
- Colon sigmoideum: Tumorgröße _____ cm
- Rektum: Tumorgröße _____ cm
- Mesenterium: Tumorgröße _____ cm
- Retroperitoneum: Tumorgröße _____ cm

Metastasen intraoperativ:

- nein
- ja:
 - Leber
 - Lunge
 - Peritoneum
 - Lymphknoten
- keine Angabe

Operatives Verfahren:

- Radikalität Primärtumor: R0 R1 R2 Rx
- keine Angaben

Metastasen: nein ja: LeberRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe LungeRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe PeritoneumRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe LymphknotenRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe andere: _____Radikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe**Lokalrezidiv:** nein ja: R0 R1 R2 Rx keine Angabe**Rezidivmetastasen:** nein ja: LeberRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe LungeRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe PeritoneumRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe LymphknotenRadikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe andere: _____Radikalität: R0 R1 R2 Rx keine Angabe

5 Medikamentöse Therapie

Therapiemodalität:

- keine Therapie
 präoperativ
 adjuvant
 palliativ

Startdatum: ____-____-____

Enddatum: ____-____-____

Substanz:

- Imatinib _____ mg
 Sunitinib _____ mg
 Nilotinib _____ mg
 Dasatinib _____ mg
 andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

- geplantes Ende
 Unverträglichkeit
 Progredienz
 Operation
 Patientenwunsch
 sonstiger: _____
 keine Angabe

Therapiewechsel:

- nein
 ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____-____-____

Enddatum: ____-____-____

- Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg
 Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg
 andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

- geplantes Ende
 Unverträglichkeit
 Progredienz
 Operation
 Patientenwunsch
 sonstiger: _____
 keine Angabe

Therapiewechsel: nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe**Therapiewechsel:** nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe

Therapiewechsel: nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe**Therapiewechsel:** nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe

Therapiewechsel: nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe**Therapiewechsel:** nein ja: Linie (palliativ): _____

Startdatum: ____ - ____ - ____

Enddatum: ____ - ____ - ____

 Imatinib _____ mg Sunitinib _____ mg Nilotinib _____ mg Dasatinib _____ mg andere: _____ mg

Grund für Therapieende:

 geplantes Ende Unverträglichkeit Progredienz Operation Patientenwunsch sonstiger: _____ keine Angabe

Follow up – Visite Nr. 1 -Follow up-Visiten wenn möglich 2x pro Jahr sowie bei Änderung d. Krankheitsverlaufes dokumentieren.

Datum: _____ - _____ - _____

Gewicht: _____ kg

komplette Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

partielle Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

stabiles Verhalten:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Progression:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Größenzunahme Primärtumor

Größenzunahme Metastasen

neue Metastasen

Beurteilung nach CHOI-Kriterien:

nein ja keine Angabe

Patient verstorben: Todesdatum: _____ - _____ - _____

Follow up – Visite Nr. 2 -Follow up-Visiten wenn möglich 2x pro Jahr sowie bei Änderung d. Krankheitsverlaufes dokumentieren.

Datum: _____ - _____ - _____

Gewicht: _____ kg

komplette Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

partielle Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

stabiles Verhalten:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Progression:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Größenzunahme Primärtumor

Größenzunahme Metastasen

neue Metastasen

Beurteilung nach CHOI-Kriterien:

nein ja keine Angabe

Patient verstorben: Todesdatum: _____ - _____ - _____

Follow up – Visite Nr. _____ -Follow up-Visiten wenn möglich 2x pro Jahr sowie bei Änderung d. Krankheitsverlaufes dokumentieren.

Datum: _____ - _____ - _____

Gewicht: _____ kg

komplette Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

partielle Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

stabiles Verhalten:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Progression:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Größenzunahme Primärtumor

Größenzunahme Metastasen

neue Metastasen

Beurteilung nach CHOI-Kriterien:

nein ja keine Angabe

Patient verstorben:

Todesdatum: _____ - _____ - _____

Follow up – Visite Nr. _____ -Follow up-Visiten wenn möglich 2x pro Jahr sowie bei Änderung d. Krankheitsverlaufes dokumentieren.

Datum: _____ - _____ - _____

Gewicht: _____ kg

komplette Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

partielle Remission:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

stabiles Verhalten:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Progression:

Sonographie CT MRT PET keine Angabe

Größenzunahme Primärtumor

Größenzunahme Metastasen

neue Metastasen

Beurteilung nach CHOI-Kriterien:

nein ja keine Angabe

Patient verstorben:

Todesdatum: _____ - _____ - _____