

Tumorboard für immunvermittelte Toxizitäten (iTOX) Comprehensive Cancer Center Tübingen • Stuttgart • Ulm

Zeit: Jeweils am ersten Freitag im Monat, 15:00 - 15:30 Uhr

Koordinator: Dr. med. Malte Rörden

Ort: Hybrid (Zoom (Link wird bereitgestellt) und Konferenzraum Station 92, Medizinische Klinik, UKT)

Bei Fragen zur Fallanmeldung oder zur Übermittlung von Daten bitte um Kontaktaufnahme unter im2@med.uni-tuebingen.de

Patientenanmeldung für das iTox Board

Patientenanmeldung für das Tumorboard am: (Bitte gewünschtes Vorstellungsdatum eintragen)			
Patientin/Patient		Kontakt anmeldende Ärztin/ anmeldender Arzt <i>für Rückmeldungen und zur Übermittlung des Tumorboard-Beschlusses</i>	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Geburtsdatum:		E-Mail:	
Geschlecht:		Tel:	
		Fax:	
Angaben zur Tumorerkrankung			
Erstdiagnose			
Freitextdiagnose, Zusammenfassung des Therapieverlaufs			
ICD-10 Code Tumorerkrankung			
Tumorstadium nach UICC			
Relevante Nebendiagnosen (ggf. inkl. relevanter Medikation)			
Allgemeinzustand (ECOG)			

Aktuelle Immuntherapie(n)				
Präparat(e) und Dosierung				
Beginn der Immuntherapie				
Letzte Applikation				
Eventuell weitere aktuelle Antitumortherapie(n)				
Aktueller Tumorstatus				
CR	PR	SD	PD	unbekannt
Immunvermittelte Toxizität(en)				
Art der Toxizität(en)				
max. CTCAE-Grad(e)				
Histologiegewinnung erfolgt		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Frühere immunvermittelte Toxizität(en)				
Art der Toxizität(en)				
max. CTCAE-Grad(e)				
Bisherige und aktuelle Therapie der immunvermittelten Toxizität(en)				
Wir bitten um Anmeldung bis zum Vortag des Boards um 15:00 Uhr. Bei externer Anmeldung bitten wir um eine Übermittlung relevanter Bildgebungen an unsere Radiologie im Rahmen der Anmeldung. Weitere relevanten Befunde/Dokumente können virtuell im Rahmen des iTOX-Boards demonstriert werden.				

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten im Rahmen der Anmeldung zum Tumorboard die Patientin/den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Die Patientin/der Patient hat dem in vollem Umfang zugestimmt.

Datum

Name der anmeldenden Ärztin/des anmeldenden Arztes