

## Checkliste PSMA-Liganden-Therapie für Zuweiser

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass eine zeitnahe Bearbeitung nur bei Vorlage vollständiger Unterlagen erfolgen kann. Bitte senden Sie die ausgefüllte Checkliste per Fax an: 0231 / 953-20016. Vielen Dank.

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Telefonnr.:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

### Zuweiserdaten

**Name** \_\_\_\_\_ **Telefonnr.:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

|   | Liegt vor                | fehlt                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Original-Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie</b><br><b>kastrationsresistentes, metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC)</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BRCA-Testung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis _____   |                          |                          |
| <b>Labor nicht älter als 2 Wochen</b> (gr. Blubild, Krea, GFR, GOT, GPT, GGT, PSA)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Therapieverlauf</b> (jeweils mit Angabe des Zeitraums)   |                          |                          |
| <b>Vorherige erweiterte Hormontherapie (ARSI/ARPI)</b> (mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Abirateron, Zeitraum von: _____ bis: _____   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Enzalutamid/Darolutamid/Apalutamid, Zeitraum von: _____ bis: _____   |                          |                          |
| <b>Vorherige Taxan-basierte Chemotherapie</b> (mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Docetaxel, Zeitraum von: _____ bis: _____  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Cabazitaxel, Zeitraum von: _____ bis: _____  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Therapie ist   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> bereits ausgeschöpft   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> nicht möglich bei (Zutreffendes ankreuzen)   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Polyneuropathie, <input type="checkbox"/> höhergradiger kardiovask. Erkrankung, <input type="checkbox"/> eingeschränktem AZ (ECOG 2),  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Allergie/Unverträglichkeit, <input type="checkbox"/> höhergradiger Leukopenie/Thrombopenie   |                          |                          |
| <b>Strahlentherapie</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum von: _____ bis: _____   |                          |                          |
| <b>Allgemeinzustand: ECOG (0-5)</b> <input type="checkbox"/> ECOG 0 <input type="checkbox"/> ECOG 1 <input type="checkbox"/> ECOG 2 <input type="checkbox"/> ECOG 3 <input type="checkbox"/> ECOG 4 <input type="checkbox"/> ECOG 5 |                          |                          |
| <b>PSMA-Bildgebung vorhanden</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____; _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aktueller Medikamentenplan und Therapiebrief</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie</b>   |                          |                          |
| Anhand des <b>PSA-Verlaufs</b> (bitte mind. 3 PSA-Werte mit Datum beifügen) und   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bildmorphologisch</b> (CT, MRT, PSMA-PET/CT etc.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aktuelles CT-Thorax &amp; Abdomen mit KM</b> (nicht älter als 3 Monate)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Alle Befunde benötigen wir vorab per Post oder FAX. Vorliegende Bildgebung sollte der Patient bitte spätestens am Besprechungstag digital mitbringen!**