



Titel: _____ Namenszusatz: _____
 Geburtsname: _____ Frühere Namen: _____
 Geschlecht m w sonst./intersexuell unbek.
 Bei privater Krankenversicherung:
 beihilfeberechtigt: ja nein
 Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Der Patient hat am _____ aktiv widersprochen.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle: _____
 Krankenhaus oder MVZ: _____
 Fachabteilung oder Praxis: _____
 PLZ ,Ort: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 Vor- u. Nachname: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister vor

Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Therapiemeldung – Operation Mammakarzinom/DCIS

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:
Diagnosedatum (monatsgenau): ____-____-____
Tumordiagnose (ICD-10) [] [] [] . [] []
 Freitext _____
Tumorklassifikation (ICD-O): [C] [] [] . [] []
 links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt
 Freitext _____

OP-Intention (I)
 ① kurativ ② palliativ ③ diagnostisch ④ Revision/Komplikation

I	Datum	Bezeichnung	OPS
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—

Datum der OP-Histologie: ____-____-____
Morphologie (M-Code): [M] [] [] [] [] / [] [] []
 nicht bestimmt
Morphologie Freitext: _____

Komplikationen: unbekannt nein ja, bitte angeben welche
 Freitext oder Schlüssel (Schlüssel s. Rückseite) **Schlüssel**

Histopathologisches Grading: G ____ trifft nicht zu
Histologie-Einsendenummer: _____

Untersuchte / befallene Lymphknoten _____ / _____
davon untersuchte / befallene SN-Lymphknoten _____ / _____

Postoperative Tumorklassifikation Datum: ____-____-____
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

y/r	c/u/p	T	(m)	c/u/p	N	c/p	M
		T-Klass.			N-Klass.		M-Klass.
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			

Residualstatus (R-Status):
Lokaler R-Status
 OP-Präparat: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX
Gesamt-R
 bei Abschluss: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX

Fernmetastasen (prä- und intraoperative) bitte **Datum** der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum abweichend
 Leber ____-____-____ Lunge ____-____-____
 Knochen ____-____-____ Pleura ____-____-____
 Hirn ____-____-____ Peritoneum ____-____-____
 Nebenniere ____-____-____ Knochenmark ____-____-____
 Haut ____-____-____ andere (OTH) ____-____-____
 Lymphknoten ____-____-____ Generalisierte ____-____-____
 nicht regionär Metastasierung

Präoperative Drahtmarkierung
 mammographisch gesteuert
 sonographisch gesteuert
 durch MRT gesteuert
 keine Drahtmarkierung durch Bildgebung
Intraoperatives Präparate-röntgen/-sonografie
 Mammographie
 Sonographie
 nein

Tumorgroße invasives Karzinom (pathohistologisch)
 (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
 _____ mm nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt
 Datum: ____-____-____ nein
Studienrekrutierung
 Datum: ____-____-____ nein

Tumorgroße DCIS (pathohistologisch)
 (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
 _____ mm nicht zu beurteilen

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG/WHO-Schlüssel oder Karnofsky:
 0 (90- 100%) 2 (50- 60%) 4 (10- 20%)
 1 (70- 80%) 3 (30- 40%)

Hormonrezeptorstatus Östrogen positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos.Kerne) (postoperativ)
 negativ

Tumorkonferenz: Datum: ____-____-____
Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Hormonrezeptorstatus Progesteron positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos.Kerne) (postoperativ)
 negativ

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Her2neu Status positiv (d.h. IHC +++ oder IHC ++ und ISH pos) (postoperativ)
 negativ (d.h. IHC + oder IHC ++ und ISH neg)

Melddatum ____-____-____
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post an das nach Behandlungsort zuständige klinische Krebsregister senden.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie), sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können, muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

Meldezeitpunkt

Nach sächsischem Krebsregistergesetz (§5 und §16 SächsKRegG) muss die Meldung innerhalb von **vier Wochen** ab Vorliegen eines Meldeanlasses vollständig an das zuständige klinische Krebsregister übermittelt werden.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

OP-Komplikationen:

ABD Abszess in einem Drainagekanal	HZI Herzinsuffizienz	OSM Osteitis, Osteomyelitis
ABS Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	HRS Herzrhythmusstörungen	PAF Pankreasfistel
ASF Abszess, subfaszialer	HNA Hirnervenausfälle	PIT Pankreatitis
ANI Akute Niereninsuffizienz	HOP Hirnorganisches Psychosyndrom	PAB Perianale Blutung
AEP Alkoholentzugspsychose	HYB Hyperbilirubinämie	PPA Periphere Parese
ALR Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	HYF Hypopharynxfistel	PAV Peripherer arterieller Verschluss
ANS Anaphylaktischer Schock	IFV Ileoemorale Venenthrombose	PER Peritonitis
AEE Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	KAS Kardiogener Schock	PLB Platzbauch
API Apoplektischer Insult	KES Komplikationen einer Stomaanlage	PEY Pleuraempyem
BIF Billäre Fistel	KIM Komplikation eines Implantates	PLE Pleuraerguss
BOG Blutung, obere gastrointestinale	KRA Krampfanfall	PMN Pneumonie
BOE Bolusverlegung eines Endotubus	KDS Kurzdarmsyndrom	PNT Pneumothorax
BSI Bronchusstumpfsuffizienz	LEV Leberversagen	PDA Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
CHI Cholangitis	LOE Lungenödem	PAE Pulmonalarterienembolie
DAI Darmanastomoseninsuffizienz	LYF Lymphfistel	RPA Rekurrensparese
DPS Darnpassagestörungen	LYE Lymphozele	RIN Respiratorische Insuffizienz
DIC Disseminierte intravasale Koagulopathie	MES Magenentleerungsstörung	SKI Septische Komplikation eines Implantates
DEP Drogenentzugspsychose	MIL Mechanischer Ileus	SES Septischer Schock
DLU Druck- und Lagerungsschäden,	MED Mediastinitis	SFH Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
DSI Duodenalstumpfsuffizienz	MAT Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	STK Stomakomplikation
ENF Enterale Fistel	MYI Myokardinfarkt	TZP Thrombozytopenie
GER Gerinnungsstörung	RNB Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
HEM Hämatemesis	NAB Nachblutung, nicht revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TRZ Transfusionszwischenfall
HUR Hämaturie	NIN Nahtinsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt	WUH Wundhämatom (konservativ therapiert)
HAE Hämorrhagischer Schock	OES Ösophagitis	WSS Wundheilungsstörung, subkutane
HFI Harnfistel		
HNK Hautnekrose im Operationsbereich		

Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva
1 = gut differenziert
2 = mäßig differenziert
3 = schlecht differenziert
4 = undifferenziert
X = nicht bestimmbar
L = low grade (G1 oder G2)
M = intermediate (G2 oder G3)
H = high grade (G3 oder G4)
B = Borderline
U = unbekannt
T = trifft nicht zu

Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor
R1 = Mikroskopischer Residualtumor
R2 = Makroskopischer Residualtumor
R1 (is) = In-Situ-Rest
R1 (cy+) = Cytologischer Rest
RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Therapiebeurteilungen:

Gesamtbeurteilung:

V = Vollremission (complete remission, CR)
T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)
K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease
P = Progression
D = Divergentes Geschehen
B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)
R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)
U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor:

K = Kein Tumor nachweisbar
T = Tumorreste (Residualtumor)
P = Tumorreste Residualtumor Progress
N = Tumorreste Residualtumor No Change
R = Lokalrezidiv
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten:

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen
P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress
N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen:

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar
M = Verbliebene Fernmetastase(n)
R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv
T = Fernmetastasen Residuen
P = Fernmetastasen Progress
N = Fernmetastasen No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt
X = Fehlende Angabe