**ANMELDEFORMULAR BZGL. EVALUATION CAR T-THERAPIE**

|  |
| --- |
| **ANGABEN ZUM MELDENDEN ARZT:**  Name des Arztes/Ärztin: ........................................ Tel.Nr.: .......................................................  Abteilung/ Klinik: ........................................................................................................................  Fax.-Nummer (sehr wichtig für die Kontaktaufnahme bei Antwort): ......................................... |
|  |
| **ANGABEN ZUM PATIENTEN:**  Name, Vorname: ……………………………..........................................................................................  Geburtsdatum: …………………………………………………………………………………………………………………..…. |

|  |
| --- |
| **MEDIZINISCHE DATEN:**  Diagnose: ..........................................................aktuelles Stadium: ............................................  Lokalisation: .........................................Bulky disease: (Durchmesser: in cm) ............................ Erstdiagnose: ...................................................................Stadium: ............................................ |
|  |
| Histologie: ...................................................................................................................................  Immunhistologie: ........................................................................................................................  Zytogenetik: ................................................................................................................................  FISH: ............................................................................................................................................ Infektserologie *(HIV, HBV, HCV, Toxoplasmose, Lues): ...............................................................*  *..................................................................................................................................................... Lymphozytenwert absolut (G/l) ...................................LDH (U/l): ..............................................* |
|  |
| **AKTUELLE DIAGNOSTIK:**  Histologie / Rebiopsie *(wenn vorhanden)*: ..................................................................................  Bildgebung *(welche, Datum)*: .....................................................................................................  Aktuelle Beschwerden *(im Vordergrund liegend): ....................................................................*  *.....................................................................................................................................................* |
| Therapiemaßnahmen im zeitl. Verlauf mit Best Response im Verlauf:  1L: ……………………………. von: ……………bis: ………….. Zyklen(n): Response: CR PR SD PD 2L: ……………………………. von: ……………bis: ………….. Zyklen(n): Response: CR PR SD PD 3L: ……………………………. von: ……………bis: ………….. Zyklen(n): Response: CR PR SD PD  ….: ……………………………. von: ……………bis: ………….. Zyklen(n): Response: CR PR SD PD |
| Relevante Zusatzdiagnosen *(Co-morbiditäten z.B. CKD Grad IIIA, IDDM II, KHK, COPD; Auto-immunerkrankungen therapiepflichtig? ….):*  *………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *....................................................................................................................................................*  Aktueller ECOG Performance Status: 0 1 2 3  ZNS-Manifestation / - Erkrankung: ............................................................................................ |
| *Bildgebung übermittelt: HLA Typisierung des Pat. /d. Geschwister: ...........*   * *Ja Fremdspendersuche: …………..* * *nein kalkulierter HCT-CI Score: .............*   *Tumorboard-Evaluation am .............................* 0 *Positiv* 0 *Negativ* |