**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 3ZNS-Manifestation / - Erkrankung: ............................................................................................ |
| *Bildgebung übermittelt: HLA Typisierung des Pat. /d. Geschwister: ...........** *Ja Fremdspendersuche: …………..*
* *nein kalkulierter HCT-CI Score: .............*

*Tumorboard-Evaluation am .............................* 0 *Positiv* 0 *Negativ* |