

Nachweis

Checkliste Gynäkologische Onkologie

Zuweisung:	<input type="checkbox"/> HA Dr. med.		Patientinnenkleber		
	<input type="checkbox"/> FA Dr. med.				
Diagnose					
FIGO					
Diagnose / Präoperativ					
Anamnese	___ jährige	___ G	___ P	<input type="checkbox"/> postmenopausal	HRT <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Miktionsfrequenz <input type="checkbox"/> PMP <input type="checkbox"/> Kontaktblutung		<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Ausfluss <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Bauchumfangzunahme <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme > 5kg in 6 Mt. <input type="checkbox"/> vulväre Beschwerden <input type="checkbox"/> _____
Komorbiditäten					
Medikamente	OAK: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
BMI					
Allergien	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein				
Familienanamnese	<input type="checkbox"/> negativ / <input type="checkbox"/> positiv				
Gyn. Untersuchung					
US Gyn-Onk	IOTA _____	IETA _____	Aszites: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
	Nieren-US: _____				
Tumormarker	CA 125 ___ U/ml	CA 19-9 ___ U/ml	CEA ___ mcg/L	CA 72-4 ___ U/ml	
	HE-4 ___ pmol/L				
Adnex Model / ROMA	Risk of Malignancy _____ %	(http://www.iotagroub.org/adnexmodel/)			
	ROMA Index _____ %	http://romatools.he4test.com/calculator_row_en.html			
PAP / Biopsie	_____ . _____ . _____				
Mx / MRI	_____ . _____ . _____				
CT	_____ . _____ . _____				
PET-CT	<input type="checkbox"/> Leber-MTX		<input type="checkbox"/> Diaphragma	<input type="checkbox"/> Darmbefall	
	<input type="checkbox"/> andere				
Sonstige					
Vorstellung Dr. Meili / Dr. Fehr	_____ . _____ . _____		<input type="checkbox"/> Studienpatient	Studie: _____	
Prä-OP Tumorboard	_____ . _____ . _____				
Distress	_____ . _____ . _____				

Risikostratifizierung				
Performancestatus	Karnofsky-Index <input type="checkbox"/> < 70% <input type="checkbox"/> > 70%		ECOG-Grad 0 – 1 – 2 – 3 – 4 - 5 (tot)	
Labor	Hb _____ g/L	Tc _____ g/L	Lc _____ g/L	Gerinnungsstatus:
	CRP _____ mg/L	Krea _____ umol/L	Harnstoff _____ mmol/L	Ferritin _____ ug/L
	Vit D, Folsäure, B12, Holotranscobalamin (aktives B12), Zink unauffällig: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			
Ernährungsstatus	Schweres Protein-Energie-Mangelsyndrom: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		Gesamtprotein 61-81 g/L Albumin < 28 g/L (Norm 35-45 g/L) Transferrin > 1,5 g/L Präalbumin-Transsthyretin > 0,10 g/L	
Präoperativ				
Aufklärung	am: ____ . ____ . ____			
Anästhesie-SS	____ . ____ . ____			
OP-Anmeldung	<input type="checkbox"/> ja			
SLN-Markierung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	____ . ____ . ____ um ____ . ____ Uhr		
Stomaberatung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	____ . ____ . ____		
Konsil Chirurgie	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	____ . ____ . ____		
BCN / GON	____ . ____ . ____	Distress <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		
Psycho-Onkologie	____ . ____ . ____			
Operation	____ . ____ . ____			
Eintritt	____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> ambulant / <input type="checkbox"/> stationär		
Spezielle Indikation bei Eintritt				
Postoperativ				
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> SAB	<input type="checkbox"/> REA/Spitex	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Komplementärmedizin
Tumorboard postop	____ . ____ . ____	Therapie: _____ Genetische Beratung _____ Sonstiges _____		
Rezept	Fragmin <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		_____ UI/d für _____ Wochen	
Austritt	____ . ____ . ____		Arzt:	
Nachkontrolle	____ . ____ . ____		Arzt:	