

Checkliste Gynäkologische Onkologie

Zuweisung:	<input type="checkbox"/> HA Dr. med.		Patientenkleber		
	<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 BKI/AGU	___ . ___ . ___	<input type="checkbox"/> Studienpatient	Studie: _____		
Prä-OP Tumorboard	___ . ___ . ___				
Distress	___ . ___ . ___				

Checkliste Gynäkologische Onkologie

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 (LUKS 66-87 g/L) Albumin < 28 g/L (Norm 35-45 g/L) Transferrin > 1,5 g/L (LUKS 2,0-3,6 g/L) Präalbumin-Transthyretin > 0,10 g/L (LUKS 0,2-0,4 g/L)		
Präoperativ				
Aufklärung	<input type="checkbox"/> ja 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 / Onko Nurse	____ . ____ . ____	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: _____		

Änderungsverlauf

Version:	Geändert:	Datum:	Beschreibung der Änderung:
00	V. Name, Funktion	TT.MM.JJJJ	Text