

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR DIE THERAPIE MIT ^{177}Lu -PSMA (PLUVICTO®)

NACHNAME VORNAME GEBURTSDATUM TELEFONNUMMER

HERKUNFT ☐ EXTERN ☐ DAY-HOSPITAL ☐ STATIONÄR ABTEILUNG _____

ZUWEISENDER ARZT TELEFON _____

GEWICHT _____

SELBSTSTÄNDIG JA ☐ NEIN ☐

BENÖTIGT WEITERE HILFSMITTEL JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, WELCHE? _____

BEKANNTE ALLERGIEN JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, WELCHE? _____

INKONTINENZ JA ☐ NEIN ☐

ERKRANKUNG _____

GLEASON SCORE PSA (bei Erstdiagnose) _____

DATUM UND ART DES EINGRIFFS _____

DATUM UND DOSIS DER STRAHLENTHERAPIE DER PROSTATALOGIE _____

DATUM UND DOSIS VON STRAHLENTHERAPIE ANDERER BEREICHE _____

AKTUELLES GESAMT-PSA-WERT _____

LETZTER TESTOSTERONWERT $\leq 50\text{ng/dL}$ JA ☐ NEIN ☐

Falls JA, bitte die Behandlung zur Erreichung der Kastration angeben:

☐ BUSERELIN

☐ GOSERELIN

☐ LEUPROLIDE

☐ TRIPTORELINA

☐ DEGARELIX

☐ BILATERALE ORCHIEKTOMIE

☐ ANDERES: bitte angeben _____

Nuklearmedizin

Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen

Tel. 0471 438313

E-mail: nuklearmedizin.bz@sabes.it

Südtiroler Sanitätsbetrieb

Medicina Nucleare

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano

Tel. 0471 438313

E-mail: medicina-nucleare.bz@sabes.it

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

PERFORMANCE STATUS (ECOG)

ERHALTENE LEBERFUNKTION JA ☐ NEIN ☐

ERHALTENE NIERENFUNKTION (Nieren-Clearance) JA ☐ NEIN ☐

HORMONOTHERAPIE LHRH JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, VERWENDETES MEDIKAMENT _____

THERAPIE MIT EINEM NEUEN HORMONELLEN WIRKSTOFF (NHA) JA ☐ NEIN ☐

Falls JA, bitte den verwendeten NHA-Wirkstoff angeben:

☐ ABIRATERON Enddatum __/__/____

☐ ENZALUTAMID Enddatum __/__/____

☐ ANDERES: bitte angeben _____ Enddatum __/__/____

CHEMOTHERAPIE 1^a LINIE (DOCETAXEL) ☐ Enddatum __/__/____

2^a LINIE (CABAZITAXEL) ☐ Enddatum __/__/____

BEGRÜNDUNG, WENN NICHT FÜR EINE CHEMOTHERAPIE DER ZWEITEN LINIE GEEIGNET

THERAPIEN MIT BISPHOSPHONATEN JA ☐ NEIN ☐

THERAPIEN MIT RANKL-INHIBITOREN JA ☐ NEIN ☐

ANDERE THERAPIEN

Hinweis: Radiologische Unterlagen, insbesondere CT- oder MRT-Untersuchungen, müssen zum Zeitpunkt der Therapie verfügbar sein.

Das vollständig ausgefüllte Formular ist an die Abteilung für Nuklearmedizin – PET-CT-Zentrum (Tel. 0471 438313) zu übergeben oder per Fax an 0471 438016 zuzuschicken. Das Datum der Therapie wird dem Zuweiser anschließend mitgeteilt.

Datum __/__/____

ZUWEISER (Stempel und Unterschrift) _____

Nuklearmedizin
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 438313
E-mail: nuklearmedizin.bz@sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb

Medicina Nucleare
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 438313
E-mail: medicina-nucleare.bz@sabes.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige