

Bitte Kugelschreiber verwenden und fest aufdrücken!

Durchschlag für Tumorregister

Patient(in) _____ geborene(r) _____

Geb.-Datum

Tag	Monat	Jahr	

 m männlich w weiblich

Klinik

--	--	--	--

 Klinikspez. Feld

--	--	--	--	--

EINWEISUNG 0 zur Primärtherapie bzw. Diagnose im Hause gestellt
1 zur Zusatzbehandlung, auswärts anbehandelt (Daten der Ersterhebung und Therapie retrospektiv erhoben)
2 wegen Rezidiv, Primärtherapie auswärts (Daten der Ersterhebung und Therapie retrospektiv erhoben)

ZEITANGABE Wann wurde erstmals die Diagnose gestellt

Tag	Monat	Jahr	

ERSTSYMPTOMATIK 436 suspekter Palpationsbefund 432 rasches Strumawachstum 430 rasch wachsende Rezidivstruma
401 Schluckbeschwerden 402 Heiserkeit 423 Stridor
252 Vergrößerung zervikaler Lk 850 MEN 2a / FMTC 1 keine
Zufallsbefund 441 Autonomie uni-/multifokal 442 hypofunktionaler Knoten 443 indifferente Knoten
445 Morbus Basedow solitär/multipel
446 Thyreoiditis 999 Sonstige _____

Ätiologie 610 Struma-Op. vor _____ Jahren 406 familiäre Belastung durch SD-Karzinom
Knoten jetzt (szintigr.) 907 hypofunktional 908 hyperfunktional 909 indifferent 900 nicht bekannt

FRÜHERE MALIGNOME 0 nein 1 ja, wann welcher Ersttumor _____ Jahr _____

LOK. PRIMÄRTUMOR C73.91 Seitenlappen C73.92 Isthmus (Mittellappen) C73.94 Ductus thyroglossus
C73.93 Lobus pyramidalis C73.95 Dystope Schilddrüse

SEITE r rechts l links m Mitte b beidseits

TNM prätherapeutisch

T	
---	--

 m multipel

N	
---	--

M	
---	--

 (Stadiendefinition siehe Rückseite)

FERNMETASTASEN (nur bei primär M1/pM1) C34.9 Lunge C41.9 Skelett C22.0 Leber C77.9 Lymphknoten außerh. „N/pN“
 Sonstige _____

HISTOLOGIE ▲ Multifokale (multiple) Tumoren unterschiedlicher Histologie bitte durch getrennte Ersterhebungen dokumentieren!
83353 minimal-invasives follikuläres Ca. 83303 follikuläres Ca. o.n.A. 83403 papill. Ca., follik. Variante
83413 papilläres Mikrokarzinom 83443 großzelliges papilläres Schilddrüsenca. 82603 papilläres Ca. o.n.A.
83453 medulläres Ca. (C-Zell-Karzinom) 80203 undifferenziertes (anapl.) Ca. (T4)
88003 Sarkom 95903 Lymphom _____ Sonstige _____

Tumordurchmesser

--	--

,

--

 cm größter Durchmesser lt. Pathologie-Befund

PRIMÄRE THERAPIE 1 Operation 1 Strahlentherapie 1 Chemotherapie 1 Zielgerichtete Therapie (targeted) 0 Sonst. _____

Studienteilnahme Patient in klinischer Studie _____

Bemerkungen _____ (z. B. vorgesehen, Kontraindik., Pat. verweigert)

OPERATION Datum _____ 2. Op.: Datum _____ (2. Op.-Verfahren mit „2“ markieren)
S. M. bekannt durch 12222 präop. Befund 12223 intraop./Schnellschnitt 12224 kein Anhalt für Malignität bei erster Op.
Art der ersten Op. 12210 Thyreoidektomie 12205 subtotale Strumaresektion 12217 Hemithyreoidektomie
12201 Minimal invas. videoass. Thyreoidektomie (MIVAT)
12202 palliative Tumorreduktion 515 multiviszzerale Resektion 12209 Sternotomie
Sekund. Thyreoidekt. 12219 bis einschl. Tag 5 postop. 12220 nach Tag 5 postop. 12218 sek. Thyreoidektomie o.n.A.
Lk-Exstirpation 420 nur zentral 421 zentral und lateral einseitig 422 zentral und lateral beidseitig
12211 berry picking 441 Lk-Exstirpation o.n.A. 401 keine Lk-Operation
Sonstiges _____

TNM postop.

pT	
----	--

 m multipel

pN	
----	--

pM	
----	--

R	
---	--

--	--

 /

--	--

y Stadienklassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie
(z. B. Radio-/Chemotherapie) Lymphknoten befallen/untersucht
Lokalisation der Fernmetastasen oben eintragen! Definitionen siehe Rückseite!

RADIOJODTHERAPIE Beginn am _____ 12211 Radiojodtherapie 344 perkutane Strahlentherapie
STRALENTH. perkutan Beginn am _____ - neoadjuvant + adjuvant p palliativ 0 alleinige ext. Bestrahlung
sonst. Ther. r Radiochemotherapie p palliative Chemotherapie
CHEMOTHERAPIE Beginn am _____ p palliative Chemotherapie
Targeted Beginn am _____ 622 Multityrosinkinaseinhibitor

NACHSORGEKALENDER-NR.

--	--	--	--	--	--	--	--

 Patient ist über die Weiterleitung seiner Daten an das Tumorregister München informiert und widerspricht nicht w widerspricht
Patient ist über die Weiterleitung seiner Daten an das bayerische Krebsregister informiert und widerspricht nicht w widerspricht

TODESDATUM

Tag	Monat	Jahr	

Todesursache 0 tumorabhängig 1 tumorunabhängig
2 med. nicht beurteilbar 3 nicht zu ermitteln
Obduktion 0 ja 1 nein

Station _____ Datum _____ Unterschrift des Arztes _____ Meldender Arzt

B	S	N	R	(K V)

 1) Arztkürzel

Wichtige Histopathologische Typen

- ▲ Papilläres Karzinom (eingeschlossen das Karzinom mit follikulären Herden)
- ▲ Follikuläres Karzinom (eingeschlossen das sog. Hürthle-Zellkarzinom)
- ▲ Medulläres Karzinom
- ▲ Undifferenziertes (anaplastisches) Karzinom

Definition der Stadien

T – Primärtumor

T0 Kein Anhalt für Primärtumor

Alle histologischen Typen außer undifferenziertes Karzinom

- T1 Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung, begrenzt auf die Schilddrüse
- 1a Tumor 1 cm oder weniger in größter Ausdehnung, begrenzt auf die Schilddrüse
 - 1b Tumor mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung, begrenzt auf die Schilddrüse
- T2 Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 4 cm in größter Ausdehnung, begrenzt auf die Schilddrüse
- T3 Tumor mehr als 4 cm in größter Ausdehnung, begrenzt auf die Schilddrüse *oder* Tumor mit minimaler extra-thyreoidaler Ausbreitung (d. h. Ausbreitung in den M. sternothyroideus oder perithyreoidales Weichgewebe)
- T4a Tumor mit Ausbreitung jenseits der Schilddrüsenkapsel und Invasion einer oder mehrerer der folgenden Strukturen: subkutanes Weichgewebe, Larynx, Trachea, Ösophagus, N. recurrens
- T4b Tumor infiltriert prävertebrale Faszie, mediastinale Gefäße oder umschließt die A. carotis

Undifferenziertes/anaplastisches Karzinom (wird unabhängig von der Größe als T4 klassifiziert)

- T4a Tumor begrenzt auf die Schilddrüse, chirurgisch als resektabel beurteilt
- T4b Tumor mit Ausbreitung jenseits der Schilddrüsenkapsel, chirurgisch als nicht resektabel beurteilt

Anmerkung

Multifokale (multiple) Tumoren gleicher Histologie sollen mit (m) gekennzeichnet werden, wobei die höchste T-Kategorie die Klassifikation bestimmt.

Multifokale (multiple) **Tumoren unterschiedlicher Histologie** bitte durch **getrennte Ersterhebungen** dokumentieren!

N – Regionäre Lymphknoten

Regionäre Lymphknoten sind die zervikalen und oberen mediastinalen Lymphknoten

- N0 Keine regionären Lymphknotenmetastasen
- N1 Regionäre Lymphknotenmetastasen
- 1a Metastasen in Lymphknoten des Level VI (prätracheal und paratracheal, eingeschlossen präalaryngeale und Delphi-Lymphknoten)
 - 1b Metastasen in anderen unilateralen, bilateralen oder kontralateralen zervikalen (Level I, II, III, IV oder V) oder retropharyngealen oder oberen mediastinalen Lymphknoten
- NX Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden

M – Fernmetastasen

- M0 Keine Evidenz für Fernmetastasen
- M1 Fernmetastasen vorhanden
- MX Das Vorliegen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden (sollte nur bei retrospektiver Dokumentation verwendet werden)

Postoperative histopathologische Klassifikation (pTNM)

(Klassifizierung mit Berücksichtigung des pathologischen Befundes)

Die pT-, pN- und pM-Kategorien entsprechen den T-, N- und M-Kategorien.

pN – Regionäre Lymphknoten

pN0 Selektive Neck-Dissektion und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten

R – Residualtumor (lokal)

- R0 Kein Residualtumor
- R1 Mikroskopischer Residualtumor
- R2 Makroskopischer Residualtumor
- RX Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

G – Histopathologisches Grading

Ein histologisches Grading wird nicht angewendet.

Hinweis zu multiplen Tumoren

Multiple simultane Tumoren gleicher Histologie werden durch Ankreuzen des Feldes „multipel“ in der jeweiligen Stadienklassifikation gekennzeichnet. Im Feld T wird der Tumor mit der höchsten T-Kategorie eingetragen.

Hinweis zum „Klinikspezifischen Feld“

Die vorgesehenen vier Schreibstellen „Klinikspezifisches Feld“ im ersten Abschnitt des Bogens sind nach klinikinterner Absprache frei zu verwenden.

Literatur

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, 3. Ausgabe, 1. Revision, Februar 2014.
Wittekind, Ch., Meyer, H.-J.: TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 7. Auflage, 4. korrigierter Nachdruck; WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim 2012