

Kurzanleitung Dokumentation des Mammakarzinoms

Dieses Dokument enthält Bildschirmabzüge der Masken, die für die Dokumentations des Mammakarzinoms erforderlich sind mit kurzen Hinweisen auf besonders zu beachtende Punkte. Zur Konzeption und Hintergründen finden sich [hier](#) Hinweise.

Der Zugang zu Patienten, unabhängig ob es sich um Neuaufnahmen oder bestehende Einträge handelt, erfolgt, sofern keine Koppelung zum Krankenhausinformationssystem besteht, immer über die Patientenauswahl.

Patienten-Auswahl

Benutzer: Abteilung im Kontext:

Bitte geben Sie den gewünschten Patienten ein
(Suche erfolgt entweder über ID's, Namen oder Geburtsdatum/Geschlecht)

Nur Patienten der Kontextabteilung:

Maximale Anzeige:

Phonetische Suche:

Suchzeit maximal: Sekunden (etwa)

Patienten ID:

Name:

Geburtsdatum: Geschlecht: männlich weiblich (leer)

zuletzt benutzte Suchstrategie:

keine Anzeige wegen Zugehörigkeit zu anderer Abteilung: Suche abgebrochen wegen:

pat_ausw 05/02

Bei vermutlichen Neuaufnahmen empfiehlt es sich, Name und Vorname möglichst genau auszufüllen, bei Suchen genügen Teilangaben. Bei Neuaufnahmen erfolgt immer ein Namensabgleich mit den bestehenden Patienten. Gegebenenfalls werden ähnliche Datensätze angezeigt und es muß dann entschieden werden, ob tatsächlich eine Neuaufnahme erfolgen soll.

Liste gefundener Patienten, Suche über Name/Vorname (andere Kriterien nicht berücksichtigt)

eigene Abt.	Pat.-ID	Name	Vorname	geboren	nicht angezeigt wg. Zugehörigkeit zu and. Abt.: 0	Notiz
<input checked="" type="checkbox"/>	283	Maier	Hans	11.11.1911	<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>	50	Maier	Herbert	12.03.1953	<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>	51	Mayer	Heribert	12.03.1953	<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>	49	Meier	Heribert	12.03.1953	<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>	48	Meyer	Heribert	12.03.1953	<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	+ Auswählen Stammdaten Betr.Abtl. Daten

Zusatzinformation:

Bei Neuaufnahmen werden als erstes die Stammdaten des Patienten ergänzt:

Patienten-Stammdaten

Beispielbenutzer 13.08.2002

Name geb.

Vorname Notiz zum Patienten GTDS-interne ID

Geburtsdatum männl. weibl. leer E ID im Krankenhaus Ext.-Patst.

Titel Zusatzmerkmal

Straße

Land PLZ L Ort L Zust.bez. Ortskennzahl

Telefon / Nationalität

Betreuende Ärzte/Abteilungen

Hausarzt L

Facharzt / weiterer Arzt L

patskurz 08/02

Daten sind hier nur insoweit erforderlich, wie sie später benötigt werden. Im allgemeinen wird das die Adresse sein, um Patientinnen anschreiben zu können und der Hausarzt oder andere betreuende Fachärzte, die gegebenenfalls im weiteren Verlauf angeschrieben werden sollen. Die hier zur Auswahl stehenden Ärzte müssen in entsprechenden Stammdaten eingepflegt sein. Eingaben von Namen oder Ort dienen nur zur Suche. Bei mehreren Ärzten sowie zur Eingabe weiterer betreuender Abteilungen kann in eine entsprechende Detailmaske verzweigt werden.

Nach der Auswahl des Patienten erfolgt der Zugriff auf die Daten entweder über die "Erkrankungsübersicht",

Übersicht zur Tumorerkrankung

Stammdaten

Diagnosedatum Aufnahme datum Tumor_ID fertig

Tumorerkrankung

Histologie Grading

Klassifik.

Primärtherapie Op. Rad. syst. and.

OP-Codes zu obigem Satz

Datum erste Tumorfreiheit / Vollremission

Rezidiv / Progress.

Gesamtbeurteilung Primärtumor Lymphknoten Metastasen

weitere Therapien Op. Rad. syst. and.

akt. Status

Letzte Information Art der letzten Information zugehöriges Dokument Autopsie durchg.? Tod tumorbedingt?

tumueb2 10/04

die den Schwerpunkt auf wichtige Details legt, oder über die "Vorhandenen Daten",

Übersicht über vorhandene Daten zum ausgewählten Patienten

Patient: ID.:

eigene Abteilung:

Tumor	ID	Datenart	LfdNr	Datum	Beschreibung	Abteilung	Erfassung abg.

Einstellungen
 Nur ansehen
 Kompaktversion

 vhd_p 09/05

die die Daten nach Dokumentart präsentiert. Unabhängig vom Zugangsweg werden letztendlich immer die gleichen Inhalte gefüllt. Im folgenden wird der dokumentenbezogene Zugang dargestellt, da der Zugang über die Erkrankungsübersicht primär zu einer Dokumentation führt, die im Zusammenhang mit dem Mammakarzinom wichtige Details zunächst ausblendet.

In der Übersichtsmaske "Vorhandene Daten" können keine Daten eingegeben werden. Dies geschieht über die Auswahl eines entsprechenden Detailknopfes im unteren Bereich der Maske:

- **Diagnosedaten:**

Die Dokumentation jeder gesondert zu erfassenden Tumorerkrankung beginnt mit einem Dokument "Diagnosedaten".

Ein Rezidiv, ob lokoregionär oder als Fernmetase, wird als Verlauf dokumentiert.

Soll eine Patientin mit einem Rezidiv dokumentiert werden und ist die primäre Tumorerkrankung noch nicht dokumentiert, muß diese als erstes eingegeben werden, auch wenn Informationen zur primären Tumorlokalisierung, Diagnosedatum, Histologie und Stadium nur lückenhaft sind.

- **Verlaufsdaten:** Fast jedes Ereignis im weiteren Verlauf der Erkrankung führt zu einem Verlaufsdatum:

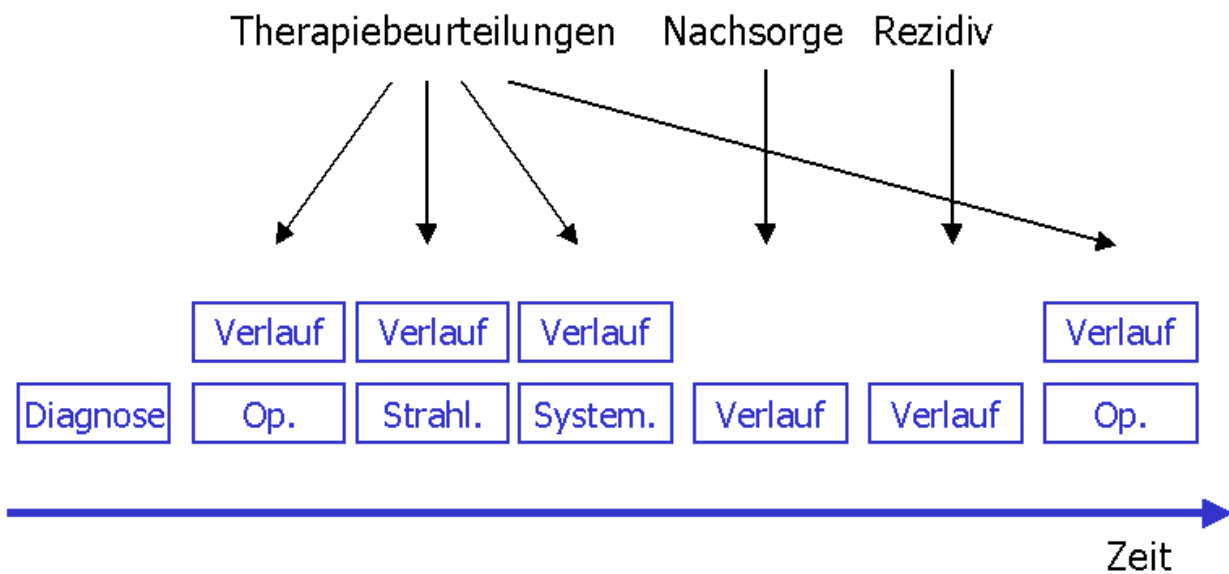
- Abschluß von Therapien
- Nachsorgeuntersuchungen
- Ereignissen i.S. von Progression oder Rezidiv, Auftreten von Folgeerkrankungen.

Ein Rezidiv im Sinne der Basisdokumentation ist jedes erneute Auftreten von Tumor, ob im Sinne eines lokoregionären Rezidivs oder einer Metastasierung

- **Therapiedaten:** Detaillierte Erfassung durchgeführter operativer, Bestrahlungs- und systemischer Therapien.
- Die übrigen Details wie Konsil und Abschluß sind speziellen Anwendungen vorbehalten. So kann mit Konsildaten das Ergebnis eines interdisziplinären Konsils dokumentiert werden. Mit Abschlußdaten kann eine Periode des aktiven Follow-ups beendet sowie ggf. Sterbeinformation eingetragen werden.

Die folgende Grafik zeigt einen typischen Dokumentationsverlauf in Bezug auf die klinischen Ereignisse

Typischer Dokumentationsverlauf



Weitere Erläuterungen des Datenmodells finden sich in [Basisdokumentation und deren Abbildung im GTDS](#)

Diagnosedaten

Die Diagnosedatenmaske enthält die allgemeinen, bei jedem Tumor anwendbaren Grunddaten der Tumorerkrankung. Durch die Vorauswahl der Tumorentität werden jedoch nur primär die beim Mammakarzinom anwendbaren oder üblichen Codes angezeigt.

Werden klinisches **und** pathologisches TNM erfaßt, empfiehlt es sich, hier das klinische TNM einzugeben. Soll nur der

pathologische TNM dokumentiert werden, kann er bereits hier eingegeben werden (Alternative: in der Verlaufsbeurteilung zur operativen Therapie).

Dies gilt in gleicher Weise für den histologischen Befund. Für die meisten Auswertungszwecke ist der definitive histologische Typ des Tumors ausreichend und somit muß nur der entsprechende Histologiecode in der Diagnosemaske eingegeben werden. In einigen Fällen, insbesondere vor dem Hintergrund von Qualitätssicherung (BQS, WBC, ..) sollen bioptischer Befund aus der diagnostischen Phase und postoperative Histologie erfaßt werden. Dann sollte der bioptische Befund bei den Diagnosedaten und der postoperative Befund im Beurteilungsverlauf zur Operation eingetragen werden. In diesem Fall muß darauf geachtet werden, daß die diagnostische relevante Histologie, meist die aus der Operation, entsprechend gekennzeichnet ist. In jedem Fall sollten die entsprechenden Datumsangaben korrekt sein, so daß notfalls auch anhand des Datums entschieden werden kann, ob es sich um eine präoperative oder um eine postoperative Histologie handelt.

Die ICD wird automatisch aus der Kombination Lokalisation/Histologie generiert und muß nicht gesondert eingegeben werden.

Sollen Daten an ein epidemiologisches Krebsregister übermittelt werden, müssen meist einige Zusatzinformationen zum Beispiel zum Informationsstatus des Patienten erfaßt werden.

Über die Basisdokumentation hinaus nur beim Mammakarzinom anwendbare Daten werden über "Zusatzdoku." in der Spezialdokumentation Mammakarzinom eingegeben.

Spezialdokumentation Mammakarzinom für Primärdiagnosen und Rezidive

Patient: Maier, Cornelia, 23.05.1970 (PID n.v.) 694 Ändern erlaubt? Ja

Tumor: Mammakarzinom 1 Zusatzdok. zugeordnet zu

Kontext-Dokument: Mammakarzinom Diagnose 1 Diagnose 1 ändern

aktuelle Abteilung: Gynäkologische Abteilung, Universitätsklinik, Musterstadt 5

Diagnosesicherung

Feinnadelbiopsie Stanzbiopsie Vakuumbiopsie Offene Biopsie

Sonstige Biopsie Mammographie Ja Sonographie

Menopausenstatus v (prämen)

Rezeptorstatus

globale Angabe positiv **Östrogenrezeptor** positiv **Progesteronrezeptor** positiv

Biochemische Bestimmung fmol/mg fmol/mg

Immunhistochemische Bestimmung % % (> 10% gilt nach St. Gallen 2001 als positiv)

Score nach Remmele und Stegner 4 0-12 0-12 (>= 2 gilt nach St. Gallen 1998 als positiv)

HER-2/neu Score (immunhistologisch) 2+ **FISH-Test** positiv

größter Tumordurchmesser 22 mm **Abstand Resektionsrand** 20 mm weitere Details

zuletzt bearbeitet am 08.09.2005 11:39:06 durch BEISPIEL Bearbeitung manuell

Speichern Vorgaben holen mit Überschreiben DMP-Bogen Auswertung ? Zurück

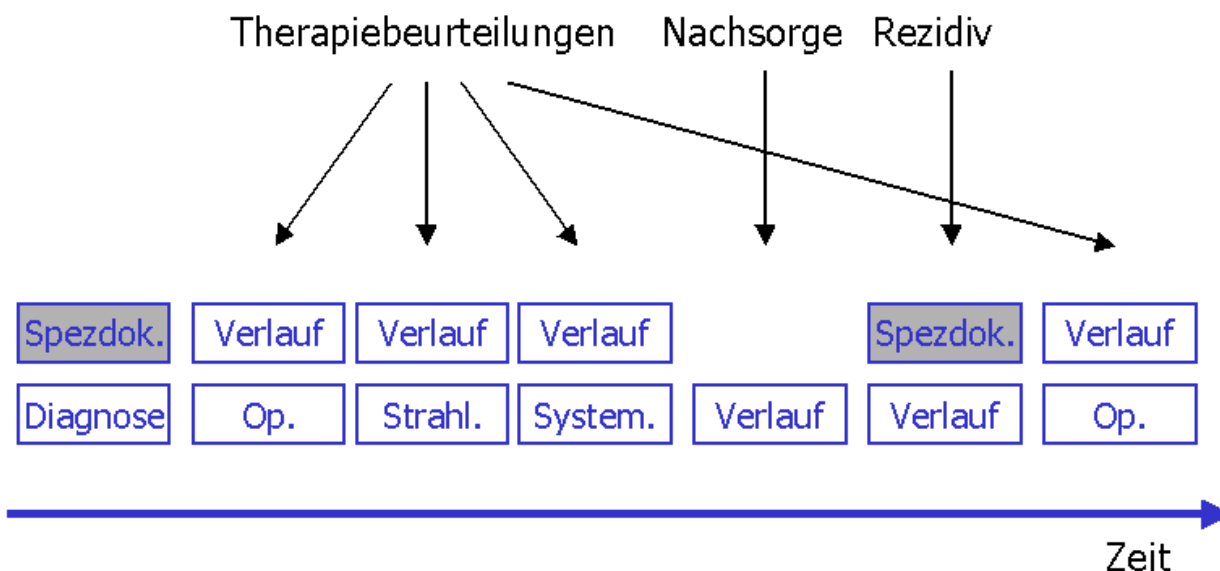
mammadiag 01/08

Sie ist abgestimmt auf die Dokumentation des Disease-Management-Programms Mammakarzinom und auf die Zertifizierung von Brustzentren (Stand 2004). 2005 wurden einige Erweiterungen in Hinblick auf das Benchmarking des WBC eingeführt (s.u.), die jedoch auch unabhängig davon im Rahmen von Qualitätsmanagement eine Rolle spielen könnten.

Für jedes Ereignis (im Sinne von Primärdiagnose und Rezidiv) muß **genau** ein Eintrag erfolgen, denn oft sind nicht nur die Primärtumorbehandlungen von Interesse, sondern auch die Rezidive (nach tumorfreiem Intervall). Der Eintrag für die Primärdiagnose erfolgt im Rahmen des entsprechenden Diagnosedatensatzes, der zum Rezidiv im Rahmen des Verlaufsdatensatzes, in dem das Rezidiv zur entsprechenden Primärerkrankung erstmalig dokumentiert wird. Der Eintrag in dieser Spezialdokumentation ist auch der Bezugspunkt für die [Spezialauswertung zum Mammakarzinom](#) und dient somit auch zur Zählung von Fällen. Gerade unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, nicht versehentlich zuviele (oder zuwenige) Datensätze anzulegen.

Die Information über den Rezeptorstatus kann in unterschiedlicher Weise vorliegen und dementsprechend eingegeben werden (natürlich müssen nicht alle Angaben ausgefüllt werden).

Typischer Dokumentationsverlauf mit Spezialdokumentation



Weitere Details, zum Teil zum therapeutischen Vorgehen, können in folgender Untermaske eingegeben werden. Diese sind Bestandteil der vollständigen Dokumentation für das WBC-Benchmarking.

Über den Knopf "Auswertung" kann angesehen werden, wie sich die Daten des Falles in der Tabelle [AUSWERTUNG MAMMA](#) darstellen (Daten ggf. neu erzeugen/aktualisieren). Somit ist eine sofortige Überprüfung von Korrektheit und Vollständigkeit der Dokumentation möglich.

Darüber hinaus kann direkt in die DMP-Dokumentation verzweigt werden.

Operationsdokumentation

Die Codierung der Operationen basiert also auf den Codes des Operationsschlüssels und bezüglich der Komplikationen auf dem Komplikationsschlüssel der Basisdokumentation.

Für die WBC-Benchmarking Dokumentation wurde eine Unterscheidung zwischen intra- und postoperativen Komplikationen eingeführt. Außerdem verändert sich die Auswahlliste für OP-Komplikationen indem primär einige wichtige Komplikationen nach ICD-10 Codierung angeboten werden.

In der nachfolgend gezeigten Maske erfolgt die Dokumentation auf der Grundlage von OPS-Codes, die ggf. aus einem anderen System oder der Standard-OP-Dokumentation übernommen wurden. Es kann alternativ auch eine Dokumentation nach OP-Mustern erfolgen. Diese können die Dokumentation erleichtern, falls die OPS-Codes nicht vorliegen und im Register nachcodiert werden muß. Voraussetzung hierfür sind Einträge in "[Operations-Mustern](#)" und "[Synonymen und Klassen](#)".

Für die Auswertung ist es wichtig, den OP-Bereich anzugeben und dabei auch zwischen Primär und Rezidivtumor zu unterscheiden.

Die korrekte Angabe der R-Klassifikation unterscheidet sich gelegentlich vom klinischen Sprachgebrauch. Die R-Klassifikation ist eine prognostische Klassifikation. Bei lokaler R0-Resektion aber gleichzeitiger Fernmetastasierung muß R2 dokumentiert werden. Ergänzend wird angegeben, daß sich der Residualtumor in den Fernmetastasen befindet, so daß implizit von einer R0-Resektion ausgegangen werden kann. Erst wenn etwaige Fernmetastasen ebenfalls reseziert oder auf anderem Wege zum Verschwinden gebracht wurden, kann anschließend der R0-Status festgehalten werden.

Änderungen mit dem Update vom August 2006

Da diese Art der Dokumentation auf Seiten klinisch tätiger Ärzte immer wieder auf Irritationen trifft, steht seit dem Update vom August 2006 zusätzlich das Feld "R_KLASSIFIKATION_LOKAL" zur Verfügung. Weitere mit diesem Update eingeführte Änderungen sind

- generelle Eingabemöglichkeit von Tumordurchmesser und Abstand Resektionsrand (noch kein Abgleich mit Spezialdoku Mammakarzinom)
- zusätzliche OP-Ziele "Nachresektion" und "Ziel OP-Komplikation" für eine explizite Kennzeichnung entsprechender Operationen
- erster und zweiter Operateur für eine detaillierte Analyse, sofern diese erforderlich ist (z.B. bei manchen Zertifizierungen)

Da diese Felder neu eingeführt wurden, werden sie in den Versionen (Stand August 2006) der Spezialauswertung Mammakarzinom noch nicht berücksichtigt.

Therapiebeurteilung

Im Anschluß an alle Therapien wird eine Verlaufsbeurteilung eingegeben.

Verlaufsdaten (Kurzfassung)			
Patient	Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.)		
Tumor	Mammakarzinom		
Datum der Beurteilung	10.05.2004 Genauigkeit <input type="text"/>		
Bezeichnung	Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille) L		
Anlaß der Erfassung	Behandlungsphase abgeschlossen		
aktuelle Situation			
Gesamtbeurteilung	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt		
Primärtumor	kein Tumor nachweisbar		
Lymphknoten	keine regionären Lymphknotenm.		
Metastasen	keine Fernmet. nachweisbar		
neues Tumorstadium	TNM		
neu Histologie			
Folgeerkrankungen			
Leistungszustand (ECOG)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung		
Beurteilung			
Erfassung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>		
Therapie			
Operation	Ja		
Bestrahlung	Nein		
Chemotherapie	Nein		
Hormontherapie	Nein		
Immuntherapie	Nein		
Knochenmarktransplantation	Nein		
Anschlußheilbehandlung	Nein		
Nachsorge	Nein		
Sonstige			
Ziel Primärtumor Lymphkn. Fernmetast.			
Ja (inkl. Systemerk.)	Nein	Nein	
von	06.05.2004	bis	06.05.2004
R-Klassif.	R0 (kein Residualtumor)		
Residualtu.			
Speichern		Metastasen	Therapiekonzept
erweitert		Aufenthalt	Therapiedokumente
Bericht		?	Zurück
Folge-/Begleiterkr.		vorgeseh. Maßñ.	zusätzl. Dokum.
Untersuchungen		Melde-Info	
verkürzt 10/05			

Diese ist in der Regel schon mit den meisten Werten sinnvoll vorbelegt, so daß lediglich das Datum der Beurteilung sowie die eigentliche Beurteilung des Tumorstatus eingetragen werden muß.

Der Tumorstatus ("aktuelle Situation") ist eines der wichtigsten Elemente der Dokumentation. Er bezieht sich immer auf das Datum der Beurteilung. Dabei stehen bei soliden Tumoren die Felder Primärtumor/Lymphknoten/Metastasen im Vordergrund. Sobald in allen drei Kategorien "kein Tumor" eingetragen ist, wird Tumorfreiheit angenommen. Das kann häufig schon nach der Operation der Fall sein; eine entsprechende nachfolgende Bestrahlung oder systemische Therapie wird ja entsprechend auch meist als "adjuvant" bezeichnet. Diese richtet sich zwar auf vermutete verstreute Tumorzellen in der Primärregion oder im sonstigen Körper. Diese Vermutung schließt aber den Befund "Tumorfreiheit" (entspricht R0 in Bezug auf den gesamten Körper) nicht aus. Sofern ein Verlauf, wie in diesem Fall, eine Therapie beurteilt, ist hier immer der Status nach der Therapie gemeint. Das ist insbesondere bei Operationen relevant, da ja am Tag der OP vor der Operation noch Tumor vorhanden ist. Insbesondere im Fall von Rezidiven ist manchmal nicht bekannt, wann das Rezidiv diagnostiziert wurde, und es liegt nur die Information über eine Rezidivoperation vor. Das führte in der Vergangenheit dazu, daß an dieser Stelle das Rezidiv eingetragen wurde, was aber inhaltlich bedeutet, daß die Operation zu einem Rezidiv geführt hat. Falls sich tatsächlich das Rezidivdatum nicht besser bestimmen läßt, sollte ein Verlauf mit dem Rezidiveintrag für den Tag vor der Therapie angelegt werden. Das ist zwar nicht elegant, sicher aber inhaltlich eine vertretbare Näherung und sorgt für eine vernünftige Auswertbarkeit der Daten.

Wurden das pathologische TNM oder die definitive Histologie nicht schon bei den Diagnosedaten eingegeben, so kann deren Dokumentation hier in entsprechenden Übersichtsmasken erfolgen:

GieBener Tumordokumentationssystem (GTDS)

Fenster

Übersicht über Klassifikationen

Beispielbenutzer gtddc Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) 470 20.12.2005
 Tumor: Mammakarzinom 1
 Dokument: Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille) Verlauf 1

TNM

Tumor	y	r	p/c	(m)	p/c	p/c	Ausw. rel.	Stadium	Aufl. Datum	Her. Lfd.	Zugeordnetes Dokument
1			T1c		N0	M0	S	I	6	04.05.2004	Diagnos
1			T1b		N1	M0	S	IIA	6		Verlauf
			T		N	M	S				
			T		N	M	S				
			T		N	M	S				
			T		N	M	S				

Zusammenfassender TNM (neu) Zusammenfassender TNM (aktueller Datensatz) Stadium bestimmen

Speichern Ordnung INM Ann Arbor Sonstige Metastasenübersicht ? Zurück

klaeber 11/05

Histologie-Übersicht

Beispielbenutzer gtddc Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 470 Kontext-Dokument: Verlauf 1 20.12.2005

Lfd. Datum	H.N. Hist.-Schlüssel Text	Grading	zug. Tumor	diagnost. rel.	Zugehöriges Dokument
1 04.05.2004	85003 3I Invasives duktales Adenokarzinom	2	1 Mammakarzinom		Diagnose 1
2 06.05.2004	85003 3I Invasives duktales Karzinom		1 Mammakarzinom	✓	Verlauf 1

Details Ändern erlaubt: Ja geändert am 20.12.2005 15:13:13 durch BEISPIEL

Lfd. Datum	H.N. Hist.-Schlüssel Text	Grading	zug. Tumor	Diagn. rel.
2 06.05.2004	85003 L 3I Invasives duktales Karzinom	L	1 Mammakarzinom	✓

Passende ausführlicher Text E Lok. 504 4 Oberer äußerer Quadrant

Metastasenlokalisierung L

Präparat. Nr. von bis L Färbung

befundende Abteilung 6 Pathologisches Institut, Universitätsklinik, Musterstadt L

Arzt in dieser Abteilung Akt. Ärzte Alle Ärzte

Zugehöriges Dokument Verlauf 1 Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment of 1 Zentrum für Innere Medizin, Univ.

Speichern Neu Löschen ? Zurück

histoloq 05/05

Bei mehreren Histologien kann es erforderlich sein, die für die Bewertung/Auswertung des Falls relevante zu kennzeichnen. Vorgabemäßig ist bei der Diagnosemaske hinterlegt Histologie als relevant gekennzeichnet.

Strahlentherapie

Strahlentherapie

Patient: Mammari, Eleonore, 21.01.1950 312 Lfd. 1 Dokumentation: Ändern

Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 3 Weitere parallele Operativ

Tumor: Mammakarzinom 1 L Therapien: Intern./Syst.

Dok.-Datum: 05.12.2000 Tag Bez.d.Strahl.: Brust und Brustwand L beruht auf Schablone

Primärtumor / -rezidiv: Ja reg Lymphkn. / -rezidiv: Ja Fernmetastasen: Nein sonstige: Nein Therapiekonzept

Stellung in Beh.: Postoperative Strahlentherapie Therapieintention: Kurativ Komb.Radiochemoth.?: Nein

(Teil-)Bestrahlung: Brust und Brustwand Lfdnr. 1 neue Teilb. Teilb.lösch.

vom 05.09.2000 bis 19.11.2000 genau Tag

Zielgebiete

8.3	L Mamma	L links	Lösch.
8.1	L Brustwand	L links	Lösch.

Applikationsart: Teletherapie (perkutane Ther.) Gesamtdosis: 50 Gy Einzeldosis:

Nebenwirk. (leer) + Beurteilung Vorgehen (leer) Dokument.-Status:

zug. Verlauf: 3 L Z.n. Radiation der re. Tho ... durchgeführt von: Zentrum für Radiologie, Universitätsklinik, Mus. Melde-Info

zuletzt geändert am 17.09.2006 15:17:36 durch BEISPIEL

Speichern Drucken Erweitert Zurück

bestkurz 09/06

Für die Zertifizierung von Brustzentren reicht eine vollständige ausgefüllte Maske der Kompaktdokumentation. Nebenwirkungen werden im allgemeinen noch nicht analysiert.

Systemische Therapie

Systemische/Internistische Therapie

Patient: Mammari, Eleonore, 21.01.1950 312 Lfd der Th. 1 Weitere parallele Operativ

Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 1 Therapien: Strahlenth.

Tumor: Mammakarzinom 1 and. Tumor

Art: CP L Protokoll: CMF L Med. ID: 152 L Protok.-Info. Therapiekonzept

Stellung in Beh.: Postoperative Chemotherapie Intention: Kurativ Komb.m.Radioth.: Nein Typ (wg. A L Kompatibilität)

von 19.12.2000 bis 19.03.2001 genau? Jahr geplante Dauer Ende

Bezeichnung: CMF Nebenwirkungen? (leer) ...

Beurteilung verabreichte Zyklen

Verabreichte Zyklen (aktuellste zuerst)

Zyklus Nr	Beginn	Ende	Beschreibung	Bemerkung	Vorgehen	Neuer Zyklus	
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung

Zugehöriger Verlauf: 2 L durchgeführt von: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik Melde-Info Erfassung abgeschl.

zuletzt geändert am 17.09.2006 15:24:59 durch BEISPIEL

Speichern Bericht Aufent. Zurück

innere 09/06

Die speziellen Angaben zur [systemischen Therapie \(Hormon-, Anti-Hormon- und Chemotherapie\)](#) erfordern ebenfalls eine Aussage zur Stellung innerhalb des Gesamtkonzepts sowie eine Zuordnung zu bestimmten Therapiekategorien. Auch hier muß z.B. innerhalb der erweiterten Therapiemaske eine Zuordnung zu einer bestimmten Therapieform ("Protokoll") erfolgen. Die Protokollstammdaten müssen also zumindest die im Einsatz befindlichen Therapien nach der geforderten Detaillierung unterscheiden können (z.B. für DMP CMF, anthrazyklinhaltige anti-hormonelle Therapie).

Follow-up

Verlaufsdaten (Kurzfassung) X

Patient	Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.)	470
Tumor	Mammakarzinom	1

Datum der Beurteilung	20.04.2005	Genauigkeit	Tag	Kgpieren	LfdNr 4
Bezeichnung	unauffällige Nachsorge L				
Anlaß der Erfassung	Langzeitbetreuung/Nachsorge				

aktuelle Situation

Gesamtbeurteilung O L postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt

Primärtumor

Lymphknoten

Metastasen

neues Tumorstadium

neu Histologie

Folgeerkrankungen

Leistungszustand (ECOG)

Beurteilung

Erfassung abgeschlossen?

Therapie

Operation

Bestrahlung

Chemotherapie

Hormontherapie

Immuntherapie

Knochenmarktransplantation

Anschlußheilbehandlung

Nachsorge

Sonstige

Ziel Primärtumor Lymphkn. Fernmetast.

von bis

R-Klassif.

Residualtu.

Speichern	Metastasen	Therapiekonzept	Aufenthalt	erweitert	Therapiedokumente	Bericht	?	Zurück
	Folge-/Begleiterkr.	vorgeseh. Maßn.	zusätzl. Dokum.	Untersuchungen	Melde-Info			

verkurz 10/05

Ein systematisches Follow-up ermöglicht Auswertung und Vergleich von lagfristigen Therapieerfolgen. In GTDS gibt es verschiedene Verfahren, die das Anfordern von Follow-up Informationen bei weiterbehandelnden Ärzten ermöglichen. Die Dokumentation erfolgt wie alle Verlaufsdaten in dieser Maske. Im Falle unauffälliger Nachsorgeergebnisse kann die Maske über eine Standardauswahl korrekt belegt werden.

Bei Rezidiven sollte erneut eine Zusatzdokumentation angelegt werden, damit das Ereignis korrekt in die Fallzählung eingeht.

Details zur Metastasierung sollten in der Metastasierungsmaske eingegeben werden.

Metastasenübersicht

Beispielbenutzer gtddsc Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) 470 20.12.2005
 Kontextdokument: Fernmetastasierung Verlauf 5 20.10.2005
 Aktuelle Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 1

Lfdnr	Datum d. Auftr.	Codierung	Bezeichnung	Zugeordneter Tumor	Sicherung der Metastasendiagnose	Änderbar?
1	20.10.2005	OSS L T L	Knochen	1 L Mammakarzinom	klinisch gesichert	Ja

Zusatzinformationen

Histologieschlüssel: L 31

Eingegeben im Rahmen von: Verlauf 5 Fernmetastasierung

Eingegeben durch: 1 Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt

metkurz 11/04

Für Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen, die langfristig auftreten, wie das Lymphödem, wird die [Maske "Folge- und Begleiterkrankungen"](#) benutzt, die zum Beispiel von Verlaufsdaten heraus aufgerufen werden kann. Da die Basisdokumentation keine Seitenangabe vorsieht, muß diese, falls sie unterschieden werden soll, im Rahmen der freitextlichen Bezeichnung erfolgen (gesucht wird nach den Zeichenketten "link", "rech", "beid")

Abschluß

Abschlußdaten

Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) ID.: 470
 Abt.: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt : 1 Abschluß-ID.: 1

Datum d. letzten Information: 12.11.2005 zugeordneter Tumor: 1 L
 Grund des Abschlusses: Tod des Patienten Betreuung wo:
 Quelle der Angaben: eigenes Zentrum
 Bezeichnung: Patient verstorben (Tod)
 Beurteilung:

Falls verstorben

Sterbedatum: 12.11.2005 exakt? Ja Tod tumorbedingt? Metastasierung (Fernmetas)
 Autopsie durchgeführt? Nein Quelle d. Angaben d. Todesursache/n: Totenschein

Todesursachen

Qualifikator	Quelle	Code	Aufl.	Beschreibung
unmittelb. Tode:	Totenschein	R64	L 10vC	Tumorkachexie
Zwischenursa	Totenschein	C79.5	L 10vC	Knochenmetastase
Grundleiden	Totenschein	C50.9	L 10vC	Mammakarzinom

zuletzt bearbeitet von/am: BEISPIEL
 20.12.2005 15:39:41

durchgeführt von: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt Erfassung abgeschlossen: Nein

abschl 10/04

In den Abschlußdaten können neben dem Sterbedaten detailliert die Todesursachen sowie die Krebs/Tod-Relation angegeben werden.

Spezielle Mammadiagnostik

Diese Maske wurde ursprünglich für das Benchmarking des WBC (Westdeutsches Brustzentrum GmbH) entwickelt. In diesem Zusammenhang ist diese Spezialedokumentation jedoch nicht mehr erforderlich. Es genügt, die Angabe der präoperativen, biopsischen Histologie in der Diagnosemaske und der postoperativen Histologie im Kontext der Operation zu tätigen sowie die speziellen Details der Zusatzdokumentation auszufüllen.

Mammadiagnostik

Patient: di Mamma, Margarete, 03.02.1927 (PID n.v.) 290 LfdNr 1 Ändern erlaubt? Ja

aktuelle Abteilung: Gynäkologische Abteilung, Universitätsklinik, Musterstadt 5

zugeordn. Dokument: [] [] [] L

Durchführender Arzt: [] L []

Durchführende Abtlg.: 5 L Gynäkologische Abteilung, Universitätsklinik, Musterstadt

Untersuchte Seite: links Lokalisation: Oberer innerer Quadrant

Anamnesedatum: 09.09.2005

Grund Arztbesuch: gesetzliche Früherkennungsmaß.

Karnowsky: 100%

Menopausenstatus: postmenopausal ICD-10 Verdachtsdiagnose: C50.2 oberer innerer Quadrant

Untersuchungen	Durchgef./ Ergebnis	Datum	Breite	Höhe	Tiefe	BIRADS
Palpation	fraglich	03.03.2005	20	20		inflammatorisch? []
Sonografie	nicht durchgef					[]
Mammografie	nicht durchgef					Ergebnis []
MRT	nicht durchgef					[]
Biopsie	nicht durchgef		Typ [] L []			Grading []

Inmhi. ER [] % PR [] % Methode [] BGV Kontrolle []

Speichern zuletzt bearbeitet am 09.09.2005 16:05:19 durch BEISPIEL

mammadiagnostik 07/05

Dabei muß insbesondere bei Nachsorgeuntersuchungen eine explizite Zuordnung dieser Daten zum Nachorgeverlauf erfolgen.

Weitere Themen

- [Überblick zur Dokumentation des Mammakarzinoms](#)
- [Allgemeines zur GTDS-Bedienung](#)