Nr. 2 – Version 1 · Stand 02/2022

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Morbus Hodgkin (asyptomatische Patienten)		1. Jahr/Monat				2. Jahr/Monat		3. Jahr/Monat		4. Jahr/Monat		5. Jahr/Monat		Jahre 6–10
		3	6	9	12	18	24	30	36	42	48	54	60	
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	regelmäßige Checkups beim Hausarzt
	Leistungsminderung/Dyspnoe/Fatigue	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Fieber/Nachtschweiß/Gewichtsverlust	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Rezidivierende Infekte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Blutungen/Hämatome	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Polyneuropathie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Psychosomatische/-soziale Belastungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex / Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	RR, Puls	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Inspektion/Palp. aller LK-Stationen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Auskultation von Lunge und Herz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hepato-/Splenomegalie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Ödeme	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hauttumore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Labor	Diff-BB, Kreatinin, GOT, AP, Bili, LDH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	TSH				x		x						x	
Zusatzuntersuchungen	Sonogr.: befallene Regionen/Abdomen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Überwachung der Schilddrüsenfunktion*			x			x						x	
	CT: Thorax, Abdomen	x	für Patienten ohne komplette Remission (Cru, PR, SD). Danach nur bei klinischem Verdacht											
	EKG, Echokardiographie	12 Monate nach Ende der Therapie und bei klinischen Symptomen und Beschwerden												
	Röntgen: Thorax 2 E	Nur bei Symptomen, insbesondere bei primär intrathorakalen Lokalisationen												
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden												

* nach einer Bestrahlung der Halsregion

6 Monate nach Ende einer B-Zell-depletierenden Therapie sollen die Impfungen entsprechend STIKO-Empfehlungen aufgefrischt werden. Die regulären Impfungen entsprechend der STIKO-Empfehlungen sollten in enger Rücksprache mit dem behandelnden Onkologen berücksichtigt werden. Die gesonderten Impfempfehlungen bei (funktioneller) Asplenie bzw. nach Splenektomie sind zu beachten!

Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen entsprechend der aktuellen Leitlinien. Im Falle von klinischen Studien kann sich die Nachsorge in Intensität und Dauer ändern. Grundsätzlich ist auf die Reduktion bzw. Optimierung aller zusätzlichen Risikofaktoren zu achten (Nikotinkarenz, Gewichtsnormalisierung, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, etc.).

Erste Nachsorgeuntersuchung am:

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Anmerkungen

Nächster Termin am:
Untersucher Nr.

Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Ansichtsexemplar

HINWEISE FÜR DAS BEHANDLUNGSTEAM

Bitte überprüfen Sie, ob das eingelegte Nachsorgeschema aktuell ist. Bitte dokumentieren Sie jede Nachuntersuchung.

Nachsorgepässe und -schemata können Sie im CCC Niedersachsen anfordern:

www.ccc-niedersachsen.eu/
ueber-das-ccc-n/bestellformular

NACHSORGEPASS

Ausgabedatum:

Aussteller/in

Stempel

Stempel der betreuenden Ärztinnen und Ärzte/Krankenhäuser

Tel. Untersucher Nr. 1	Tel. Untersucher Nr. 2	Tel. Untersucher Nr. 3
Tel. Untersucher Nr. 4	Tel. Untersucher Nr. 5	Tel. Untersucher Nr. 6
Tel. Untersucher Nr. 7	Tel. Untersucher Nr. 8	Tel. Untersucher Nr. 9

BITTE KLEBEN SIE DIESE SEITE IN DEN NACHSORGEPASS EIN.

Nachsorgepässe und -schema
sind hier zu bestellen:
www.ccc-niedersachsen.eu/
ueber-das-ccc-n/bestellformular

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Morbus Hodgkin (asyptomatische Patienten)		1. Jahr/Monat				2. Jahr/Monat		3. Jahr/Monat		4. Jahr/Monat		5. Jahr/Monat		Jahre 6–10
		3	6	9	12	18	24	30	36	42	48	54	60	
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	regelmäßige Checkups beim Hausarzt
	Leistungsminderung/Dyspnoe/Fatigue	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Fieber/Nachtschweiß/Gewichtsverlust	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Rezidivierende Infekte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Blutungen/Hämatome	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Polyneuropathie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Psychosomatische/-soziale Belastungen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex / Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	RR, Puls	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Inspektion/Palp. aller LK-Stationen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Auskultation von Lunge und Herz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hepato-/Splenomegalie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Ödeme	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Hauttumore	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Labor	Diff-BB, Kreatinin, GOT, AP, Bili, LDH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	TSH				x		x						x	
Zusatzuntersuchungen	Sonogr.: befallene Regionen/Abdomen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Überwachung der Schilddrüsenfunktion*			x			x						x	
	CT: Thorax, Abdomen	x	für Patienten ohne komplette Remission (Cru, PR, SD). Danach nur bei klinischem Verdacht											
	EKG, Echokardiographie	12 Monate nach Ende der Therapie und bei klinischen Symptomen und Beschwerden												
	Röntgen: Thorax 2 E	Nur bei Symptomen, insbesondere bei primär intrathorakalen Lokalisationen												
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden												

* nach einer Bestrahlung der Halsregion

6 Monate nach Ende einer B-Zell-depletierenden Therapie sollen die Impfungen entsprechend STIKO-Empfehlungen aufgefrischt werden. Die regulären Impfungen entsprechend der STIKO-Empfehlungen sollten in enger Rücksprache mit dem behandelnden Onkologen berücksichtigt werden. Die gesonderten Impfempfehlungen bei (funktioneller) Asplenie bzw. nach Splenektomie sind zu beachten!

Es handelt sich um Nachsorgeempfehlungen entsprechend der aktuellen Leitlinien. Im Falle von klinischen Studien kann sich die Nachsorge in Intensität und Dauer ändern. Grundsätzlich ist auf die Reduktion bzw. Optimierung aller zusätzlichen Risikofaktoren zu achten (Nikotinkarenz, Gewichtsnormalisierung, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, etc.).

Erste Nachsorgeuntersuchung am:

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
Anmerkungen
Nächster Termin am:
Untersucher Nr.
Unterschrift

Ansichtsexemplar