

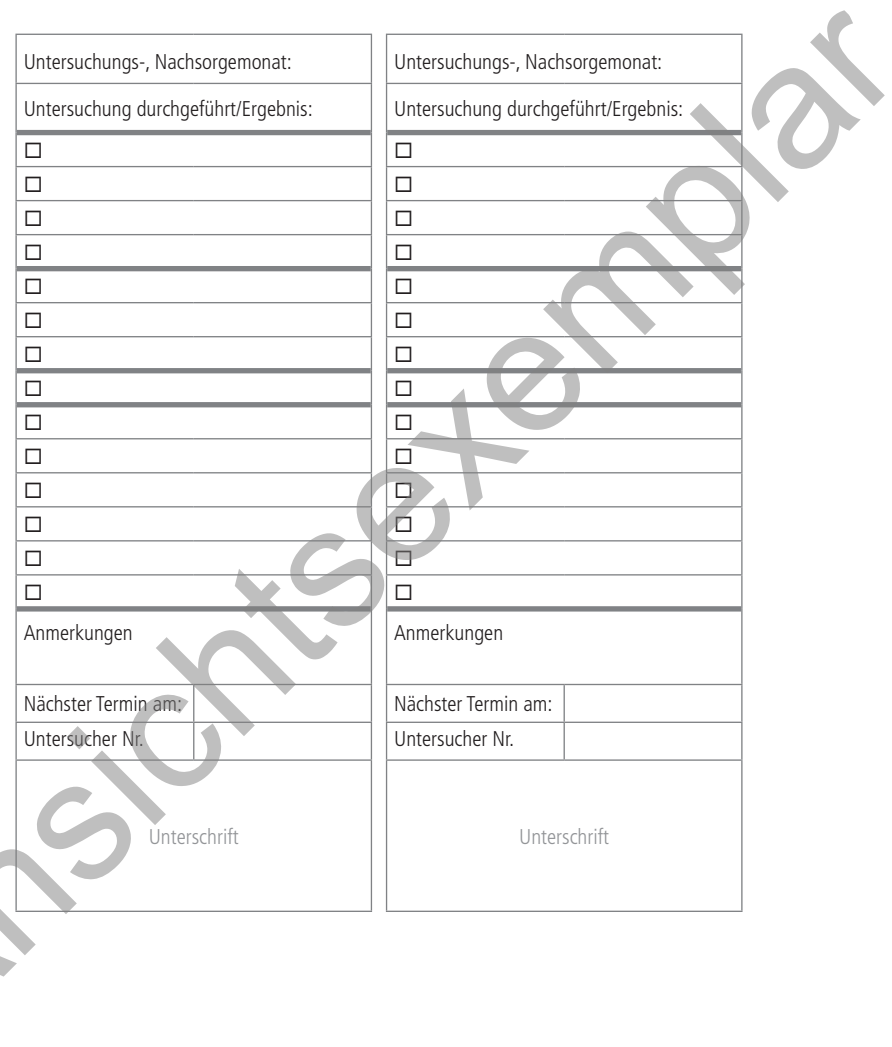
BITTE KLEBEN SIE DIESE SEITE IN DEN NACHSORGEPASS EIN.



Nachsorgepässe und -schema
sind hier zu bestellen:
[www.ccc-niedersachsen.eu/
ueber-das-ccc-n/bestellformular](http://www.ccc-niedersachsen.eu/ueber-das-ccc-n/bestellformular)

DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Kolon-/Rektumkarzinom (UICC II oder III)		1. Jahr/ Monat			2. Jahr/ Monat		3. Jahr/ Monat	4. Jahr/ Monat	5. Jahr/ Monat	Jahre 6–10
		3	6	12	18	24	36	48	60	
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen		x	x	x	x	x	x	x	regelmäßige Checkups beim Hausarzt
	Appetit/Aversionen		x	x	x	x	x	x	x	
	Stuhl/Blutungen/Miktionsbeschwerden		x	x	x	x	x	x	x	
	Psychosomatische/-soziale Belastungen		x	x	x	x	x	x	x	
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex / Gewicht		x	x	x	x	x	x	x	
	Abdomen		x	x	x	x	x	x	x	
	Rektale Untersuchung (nur Rektum)		x	x	x	x	x	x	x	
Labor	CEA		x	x	x	x	x	x	x	
Zusatzuntersuchungen	Koloskopie		x*	x**					x**	
	Abdomensonografie		x	x	x	x	x	x	x	
	Sigmoidoskopie (Rektoskopie)***		x	x	x	x				
	Spiralcomputertomografie****		x							
	Röntgen-Thorax*****			x		x	x	x	x	
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen		Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden								
* wenn keine vollständige Koloskopie präoperativ erfolgt ist.										
** bei unauffälligem Befund (kein Adenom, kein Karzinom) nächste Koloskopie nach 5 Jahren; Koloskopie gemäß Früherkennungsprogramm										
*** nur bei Rektumkarzinom ohne neoadjuvante oder adjuvante Radiochemotherapie										
**** nur bei Rektumkarzinom 3 Monate nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie (Operation bzw. adjuvante Strahlen-/Chemotherapie) als Ausgangsbefund										
***** nur bei Rektumkarzinom kann jährlich eine Röntgen Thoraxuntersuchung durchgeführt werden										
Die Nachsorge erfolgt stadien- risikoadaptiert. 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:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:	
Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Anmerkungen	
Nächster Termin am:	
Untersucher Nr.	
Unterschrift	