DOKUMENTATION DURCH DAS BEHANDLUNGSTEAM

Melanom
Stadium: IB, IIA, IIB, IIC, III und IV

		1. Jahr/ Monat				2. Jahr/ Monat				3. Jahr/ Monat				4. Jahr/ Monat		5. Jahr/ Monat		6. Jahr/ Monat		7. Jahr/ Monat		8. Jahr/ Monat		9. Jahr/ Monat		10. Jahr/ Monat	
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	102	108	114	120
Anamnese	subjektives Befinden/Schmerzen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
	neue und/oder veränderte Pigmentmale (Größe, Farbe, Juckreiz, Blutung etc.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	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	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
Körperliche Untersuchung	Aktivitätsindex und Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
	Lokalbefund (OP-Narbe)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
	Transitstrecke	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
	kompletter LK-Status	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
	gesamtes Integument	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*
Labor	S100B	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x***	x***	x***	x***	x***									
Zusatzuntersuchungen	Sonographie lokoregionales LK-Gebiet	x**	x	x**	x	x**	x	x**	x	x**	X	x**	x	x***	x***	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x
	Schnittbildgebungen		x***		x***		x***		x***		x***		x***														
	Hinweis zur Selbstuntersuchung!	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x	x*	x
	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	Die empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten wahrgenommen werden																									

* nur bei Melanom Stadium IIB, IIC, III, IV und multiple Melanome

** nur bei Stadium IB, IIA, IIB, wenn keine SLN-Biopsie erfolgt ist

*** nur bei Melanom Stadium IIC, III und IV

Stadieneinteilung: IB: 0,6 mm-1,0 mm oder < 0,8 mm mit Ulzeration; IIA: 1,01-2,0 mm mit Ulzeration oder 2,01-4,0 mm ohne Ulzeration; IIB: 2,01-4,0 mm mit Ulzeration oder > 4,0 mm, keine Ulzeration; IIC: > 4,0 mm mit Ulzeration; III: regionale Metastasen; IV: Fernmetastasen

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:

Nr. 8 – Version 1 · Stand 02/2022

Ansichtsexemplar

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

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:

Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Anmerkungen

Nächster Termin am:

Untersucher Nr.

Unterschrift

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:

Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Anmerkungen

Nächster Termin am:

Untersucher Nr.

Unterschrift

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:

Ausstellerin

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

Untersuchungs-, Nachsorgemonat:

Untersuchung durchgeführt/Ergebnis:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Anmerkungen

Nächster Termin am:

Untersucher Nr.

Unterschrift

Ansichtsexemplar