|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tumorboard Brustzentrum** | Datum: | +41 (0)31 632 16 52 [btz.sekretariat@insel.ch](mailto:btz.sekretariat@insel.ch) |

**Angaben zur Patientin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | AHV-Nr.: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | | Telefon: |
| Information Krebsregister Datum: | | |

**Angaben zum anmeldenden Arzt / Ärztin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Extern  Intern | Name, Vorname: | | Spital/Klinik: |
| Adresse: | | Telefon: | E-Mail: |
| Involvierte Ärzte (für Berichtskopie): | | | |
| Verantwortliche Oberärztin seitens Frauenklinik: | | | |

**Medizinische Angaben**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorbehandlung: | | | | | | | | | Datum letztes Tumorboard: | | | |
| **Diagnose**: | | | | | | | | | | | | präoperativ  postoperativ |
| **Präop. Diagnostik** **:** | **Datum:** | | | | **Befund/Beurteilung:** | | | | | | | |
| Mammografie |  | | | |  | | | | | | | |
| Sonografie |  | | | |  | | | | | | | |
| MRI |  | | | |  | | | | | | | |
| Biopsie |  | | | |  | | | | | | | |
| **Immunhistochemie** ER: | | | PR: | | | | Ki67: | **HER2:** IHC       FISH: | Grading: | | TNM präop.: | |
| Menopausenstatus:  prä  post  unklar | | | | | | | | | | | | |
| Familienanamnese: | | | | | | | | | | | | |
| **Operationsdatum**: | | | | **Operation**: | | | | | | | | |
| **Histologie postoperativ** Datum:       Nr:       Befund: | | | | | | | | | | | | |
| pTNM postop.: | | | | | | | | | | Resektionsränder: | | |
| Relevante Nebendiagnosen: | | | | | | | | | | | | |
| Verlauf: | | | | | | | | | | | | |
| **Staging-Untersuchungen:** | | **Datum:** | | | | **Befund/Beurteilung:** | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschter Tumorboardtermin (wöchentlich Montag 10:15 Uhr. Anmeldung bis spätestens Freitag davor 16:00 Uhr): | |
| Vorstellung Radiologie-Bilder:  ja  nein | |
| Therapievorschlag seitens Anmelder an das Tumorboard: | |
| Erstbesprechung des Tumorboardbeschlusses mit der Patientin: Datum: | Arzt: |
| Nachsorge bei: | |

***Ab hier wird das Formular vom Tumorboard ausgefüllt. Bitte speichern Sie das Formular und schicken Sie es an*** [***btz.sekretariat@insel.ch***](mailto:btz.sekretariat@insel.ch)***.***

**Therapieempfehlung des Tumorboards**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zusätzliche Diagnostik: | | |
| Operation: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Strahlentherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Chemotherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Hormontherapie: | ja  nein | Anmerkungen: |
| Genetische Beratung | ja  nein | Anmerkungen: |
| Studien: | | |
| Bemerkungen: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Brustzentrum Bern:** | **Senologie**:  PD Dr. C. Rauh  Dr. L. Knabben | **Plastische Chirurgie:**  Prof. M. Constantinescu  Dr. M. Stengle | **Medizinische Onkologie**:  Prof. U. Novak  Dr. M. Rabaglio  Dr. J. Wampfler | **Radioonkologie**:  PD Dr. K. Lössl  Dr. N. Cihoric |
| **Pathologie**:  Dr. M. Trippel  Dr. M. Montani  Dr. W. Solass | **Radiologie**:  PD Dr. V. Obmann  Prof. F. Dammann  PD Dr. B-R. Sah | **Nuklearmedizin**:  Dr. S. Engelbrecht  Prof. A. Afshar-Oromieh | **Psychoonkologie:**  Dr. B. Zeyen | **Breast and Cancer Care Nurse**:  Monika Biedermann  Delfine Furrer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname, Name vorstellender Arzt: | **Board-Koordination:**  Dr. F. Siegenthaler  Dr. F. Saner | **Visum (stv.) Chefarzt:**  Prof. M. Mueller  PD Dr. S. Imboden |