

**HELIOS Klinikum Berlin Robert Rössle Klinik
- Ambulanz für Brustkrankungen -**

Einsendende Klinik: _____ Name: _____ Vorname: _____

Reg.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

I. Anamnese:

<p>1. Alter der Patientin in Jahren:</p> <p>2. Körpergewicht in kg:</p> <p>3. Größe in cm:</p> <p>4. Menarche mit _____ Jahren</p> <p>5. Klimakterium</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Praemenopause</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Menopause mit _____ Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Postmenopause</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Senium</p> <p>6. derzeit Einnahme eines Hormonpräparates</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja</p> <p><input type="checkbox"/> 2.1 HET: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2.2 HAK: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2.3 Einnahmezeitraum: _____</p> <p>7. Parität</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, Anzahl: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Alter bei Erstparität: _____</p> <p>8. Laktation</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, Gesamtdauer in Monaten: _____</p>	<p>9. Mammakarzinom in der Familie, Alter bei Erkrankungsbeginn:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, Mutter: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, Schwester: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ja, Großmutter (mütterlicherseits): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 5 ja, Großmutter (väterlicherseits): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 6 ja, andere: _____</p> <p>10. Frühere andere maligne Tumoren:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 keine</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, Mamma, gleichseitig: E-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, Mamma, gegenseitig: E-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ja, in anderen Organen: E-Nr.: _____</p> <p>Untersuchendes Institut:</p> <p>11. Synchrone andere maligne Tumoren</p> <p><input type="checkbox"/> 1 keine</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, Mamma d. Gegenseite E-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, in and. Organen: E-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ja, 2 und 3 E-Nr.: _____</p> <p>Untersuchendes Institut:</p>
---	---

II. Lokalbefund des Tumors

<p>1. betroffene Brust:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 rechts</p> <p><input type="checkbox"/> 2 links</p> <p>2. Anzahl der Tumoren:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 solitär</p> <p><input type="checkbox"/> 2 multiple: _____ (Zahl)</p> <p>3. Tastbefund:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 kein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, tastbar, Durchmesser: _____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> 3 klinisch suspekt</p> <p><input type="checkbox"/> 4 klinisch nicht suspekt</p> <p>4. Topografie des Tastbefundes:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mamille</p> <p><input type="checkbox"/> 2 zentraler Anteil</p> <p><input type="checkbox"/> 3 innerer oberer Quadrant</p> <p><input type="checkbox"/> 4 innerer unterer Quadrant</p> <p><input type="checkbox"/> 5 äußerer oberer Quadrant</p> <p><input type="checkbox"/> 6 äußerer unterer Quadrant</p> <p><input type="checkbox"/> 7 axillärer Anteil</p>	<p>5. Ausdehnung auf Brustwand oder Haut</p> <p><input type="checkbox"/> 1 keine</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Brustwand</p> <p><input type="checkbox"/> 3: <input type="checkbox"/> Hautödem <input type="checkbox"/> Ulzeration <input type="checkbox"/> Hautsatelliten</p> <p><input type="checkbox"/> 4: 2 und 3</p> <p><input type="checkbox"/> 5 entzündliches (inflammatorisches) Karzinom</p> <p>6. Axilläre Lymphknotenmetastasen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 klinisch keine</p> <p><input type="checkbox"/> 2 klinisch ja, verschieblich</p> <p><input type="checkbox"/> 3 klinisch ja, fixiert</p> <p>7. Fernmetastasen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 präoperativ keine Angabe</p> <p><input type="checkbox"/> 2 keine</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, Lokalisation: _____</p> <p>Methode der Diagnostik: _____</p> <p>ggf. E-Nr. der histologischen Untersuchung:</p>
--	--

Dokumentation der klinischen Angaben durch:

am:

III. Bildgebende Diagnostik

<p>1. Mammografie:</p> <p>1.1. Herd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 ja, Größe in mm: _____</p> <p>1.1.1. Begrenzung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 glatt <input type="checkbox"/> 2 lobuliert <input type="checkbox"/> 3 unregelmäßig <input type="checkbox"/> 4 strahlige Ausläufer <input type="checkbox"/> 5 sternförmige Gefügestörung <input type="checkbox"/> 6 nicht beurteilbar (Überlagerung)</p>	<p>1.2. Mikrokalk</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 ja, Areal in mm: _____</p> <p>1.2.1. Form</p> <p><input type="checkbox"/> 1 rundlich <input type="checkbox"/> 2 überwiegend rundlich <input type="checkbox"/> 3 polymorph <input type="checkbox"/> 4 strichförmig</p> <p>1.2.2. Anordnung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 gruppiert <input type="checkbox"/> 2 straßenförmig <input type="checkbox"/> 3 segmental <input type="checkbox"/> 4 diffus</p> <p>1.2.3. Größe der Verkalkungen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 sehr fein <input type="checkbox"/> 2 grob <input type="checkbox"/> 3 fein und grob</p>
<p>BIRADS <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</p>	

<p>2. Sonografie</p> <p><input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt</p> <p>2.1. Herd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ja, Größe in mm: _____ <input type="checkbox"/> 2 nein <input type="checkbox"/> 3 fraglich <input type="checkbox"/> 4 Areal mit Schallauslöschung</p> <p>2.1.1. Echogenität</p> <p><input type="checkbox"/> 1 solide <input type="checkbox"/> 2 zystisch <input type="checkbox"/> 3 solide mit zystischen Anteilen</p> <p>2.1.2. Abgrenzung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 scharf begrenzt <input type="checkbox"/> 2 unscharf begrenzt</p> <p>2.1.3. Form</p> <p><input type="checkbox"/> 1 rund/oval <input type="checkbox"/> 2 irregulär</p> <p>2.1.4. sonographisch suspekter axillärer LK</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nein <input type="checkbox"/> 3 nicht untersucht</p>	<p>3. Sonografischer Dignitätsscore:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - kein path. Befund <input type="checkbox"/> 2 - benigne <input type="checkbox"/> 3 - unklar, eher benigne <input type="checkbox"/> 4 - verdächtig <input type="checkbox"/> 5 - maligne (invasiv/DCIS)</p> <p>4. Radiologische Verdachtsdiagnose</p> <p>5. Skizze zur Lokalisation :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p>6. Topographie :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Mamille <input type="checkbox"/> 2 zentraler Drüsenkörper <input type="checkbox"/> 3 innerer oberer Quadrant <input type="checkbox"/> 4 innerer unterer Quadrant <input type="checkbox"/> 5 äußerer oberer Quadrant <input type="checkbox"/> 6 äußerer unterer Quadrant <input type="checkbox"/> 7 axillärer Anteil</p>
---	--

<p>3. Magnetresonanztomografie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt <input type="checkbox"/> nicht diagnostisch <input type="checkbox"/> externes MRT <input type="checkbox"/> Bucher MRT <p>3.1. Herd (KM-gestützte T1 GE)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 ja, Größe in mm: _____ <input type="checkbox"/> 2 nein <input type="checkbox"/> 3 fraglich <p>3.2. zusätzliche Herde</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 ja, Anzahl (n): _____ <input type="checkbox"/> 2 nein <p>3.3. Morphologie (suspekter Herd)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 rund/oval <input type="checkbox"/> 2 irregulär <input type="checkbox"/> 3 Spiculae <input type="checkbox"/> 4 _____ <p>3.4. Kurvenverlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 ascendierend <input type="checkbox"/> 2 schulterförmig <input type="checkbox"/> 3 keine KM-Aufnahme <input type="checkbox"/> 4 sonst. 	<p>3. MRT-Dignitätsscore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 – kein path. Befund <input type="checkbox"/> 2 – benigne <input type="checkbox"/> 3 – unklar, eher benigne <input type="checkbox"/> 4 – verdächtig <input type="checkbox"/> 5 – maligne (invasiv/DCIS) <p>4. MRT-Verdachtsdiagnose</p> <p>5. Skizze zur Lokalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p>ausgefüllt: klinisch-mammogr. Lokalisierung schraffiert: zusätzliche Befunde</p> <p>6. Topographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Mamille <input type="checkbox"/> 2 zentraler Drüsenkörper <input type="checkbox"/> 3 innerer oberer Quadrant <input type="checkbox"/> 4 innerer unterer Quadrant <input type="checkbox"/> 5 äußerer oberer Quadrant <input type="checkbox"/> 6 äußerer unterer Quadrant <input type="checkbox"/> 7 axillärer Anteil
---	---

Zusammenfassender Befund Klinik und Radiologische Untersuchungen

(in Anlehnung an BIRADS-Klassifikation):

Kein pathologischer Befund	Sicher benigne	Unklar, eher benigne (Risiko Malignität < 2%)	Verdächtig auf Malignität	Maligne (DCIS/invasives Ca.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Biopsie

<p>1. Art der Biopsie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 noch keine <input type="checkbox"/> 2 Stanzbiopsie mammograph. <input type="checkbox"/> 3 Stanzbiopsie sonographisch <input type="checkbox"/> 4 Stanzbiopsie klinisch <input type="checkbox"/> 5 Mammotome 	<p>2. biopsierte Areale + Zahl d. Zylinder</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 abklärungsbedürftige Läsion: <input type="checkbox"/> 2 Retromamillärregion: <input type="checkbox"/> 3 mamillenwärts orientierte Biopsie: <input type="checkbox"/> 4 Distanz zwischen den Biopsien: <input type="checkbox"/> 5 Mammotome: Kalk enthalten in: 	<p>Mika</p> <p>j/n</p> <p>j/n</p> <p>j/n</p>	<p>Herd</p> <p>j/n</p> <p>j/n</p> <p>j/n</p>	<p>Zahl</p> <p>___</p> <p>___</p> <p>___</p>
--	--	---	---	---

Dokumentation der klinischen Angaben durch:

am:

**HELIOS Klinikum Berlin Robert Rössle Klinik
- Ambulanz für Brustkrankungen -**

Einsendende Klinik: _____ Name: _____ Vorname: _____

Reg.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

V. Histologische Tumordiagnose:

<p>1. Tumordiagnose</p> <p><input type="checkbox"/> 1 invasiv duktal</p> <p><input type="checkbox"/> 2 invasiv lobulär</p> <p><input type="checkbox"/> 3 spezieller Typ</p> <p><input type="checkbox"/> 4 intraduktal</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 4.1 high grade</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 4.2 non high grade</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 4.3 minimaler Anteil einer intraduktalen Neoplasie</p> <p><input type="checkbox"/> 5 CLIS</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Fibroadenom</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Papillom</p> <p><input type="checkbox"/> 8 Hamartom</p> <p><input type="checkbox"/> 9 radiäre Narbe</p> <p><input type="checkbox"/> 10 sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> 11 kein Tumor</p>	<p>2. Retromamilläre bzw. mamillenwärts orientierte Biopsieregion</p> <p><input type="checkbox"/> 1 keine Biopsie durchgeführt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 kein Tumornachweis</p> <p><input type="checkbox"/> 3 invasiv</p> <p><input type="checkbox"/> 4 DCIS</p> <p>3. Histologisch gesicherte Mindestausdehnung des:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 DCIS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2 invasiven Karzinoms: _____</p> <p>4. Kalknachweis</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, DCIS-assoziiert</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, mit benigner Läsion assoziiert</p>
---	--

Dokumentation der klinischen Angaben durch: _____ am: _____

VI. OP-Indikation und -Planung im interdisziplinären Mammakonzil

Entscheidungsträger

Gynäkologie:	Radiologie:	Pathologie:
--------------	-------------	-------------

Prätherapeutisches TNM: T _____ N _____ M _____

<p>1. BET</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja</p> <p>2. Art der Exstirpation</p> <p><input type="checkbox"/> 1 therapeutisch, kurativ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 therapeutisch, palliativ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 diagnostisch</p> <p>3. Lokalisation vorgesehen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, mammografisch</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, sonografisch</p> <p>4. Lage der Lokalisationsmarkierung zur Läsion und Anzahl:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 zentral: _____</p>	<p>5. Therapeutische (sektorförmige) Exstirpation</p> <p>5.1. mit minimalem chirurgischen Sicherheitsraum um die Läsion bei DCIS-Nachweis:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 10mm</p> <p><input type="checkbox"/> 2 20mm</p> <p>5.2 Angestrebte Größe des Exzisates (mamillär-peripher) in cm: _____</p> <p>5.3 onkoplastische Rekonstruktion bei BET vorgesehen:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nein</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ja, nur intramammärer Schwenklappen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ja, andere autologe Lappenplastik</p>
--	--

<input type="checkbox"/> 2 marginal-mamillär: _____ <input type="checkbox"/> 3 marginal-peripher: _____ <input type="checkbox"/> 4 andere: _____	
--	--

6. Primäre Mastektomieindikation <input type="checkbox"/> 1 histologische Tumorausdehnung >40mm <input type="checkbox"/> 2 mammografisch DCIS-assoziiertes Mikrokalk > 40mm <input type="checkbox"/> 3 Retromamillärer Tumornachweis <input type="checkbox"/> 4 multizentrisches Karzinom <input type="checkbox"/> 5 Wunsch der Patientin	7. onkoplastische Rekonstruktion nach Mastektomie vorgesehen: <input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 Prothese <input type="checkbox"/> 3 Latissimus dorsi-Lappen <input type="checkbox"/> 4 andere:
---	--

8. Axilladisektion vorgesehen: <input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 Level I-III <input type="checkbox"/> 3 zentrale Axilla <input type="checkbox"/> 4 sentinel node	9. Ergänzungen/Erläuterungen:
--	--------------------------------------

VII. Intraoperative Diagnostik

1. Präparatradiografie vorgesehen <input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 ja	2. Schnellschnitt vorgesehen <input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 ja, mit dem Ziel: <input type="checkbox"/> 2.1 Bestätigung benigner Läsion <input type="checkbox"/> 2.2 Invasionsnachweis <input type="checkbox"/> 2.3 Bestimmung der DCIS-Größe <input type="checkbox"/> 2.4 DCIS-Nachweis am mamillären Schnitttrand <input type="checkbox"/> 2.5 sentinel node <input type="checkbox"/> 3 Makroskopische Resektionsrandbeurteilung <input type="checkbox"/> 4 Histo cito
--	---

Dokumentation der Konzilentscheidung durch:

am:

VIII. Anmerkungen/Ergänzende Angaben