



Studie zur Therapie der Haarzellenleukämie mit Cladribin

Patienten-Registrierung

Prof. Dr. M. Rummel, Med. Klinik IV, Justus-Liebig-Universität Gießen

Fax: 0641 / 985 42 469

StiL

NHL 3 - 2004

Patientendaten: Initialen (Nachname, Vorname) Geburtsdatum: ..

Datum der Anmeldung: .. Geschlecht: M W

Klinik: Name der Institution _____
 Zuständiger Arzt: _____
 Adresse: _____
 Tel: _____ Fax: _____

Einschlußkriterien:	ja	nein
Haarzellenleukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Vorbehandlung (Interferon, Splenektomie erlaubt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Interferon-Vorbehandlung <input type="checkbox"/>		
- Splenektomie <input type="checkbox"/>		
Therapiedürftigkeit (siehe unter 4.3, Seite 9 des Studienprotokolls)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter mindestens 18 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinzustand nach WHO 0-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Histologie, nicht älter als 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausschlußkriterien:	ja	nein
Haarzellenleukämie-Variante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortherapie mit Purinanaloga oder anderen Chemotherapeutika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienten mit florider Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Funktionseinschränkungen des Herzens, Niere, Lunge, Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion, Hepatitis, Zweitmalignom, Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankung oder fehlende Compliance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Kontraindikationen gegen die Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Unterschrift, Stempel
des Anmeldenden:**