



**Studie zur Therapie der Haarzellenleukämie-Variante
und von Rezidiven der Haarzellenleukämie**

Patienten-Registrierung

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

Fax: 0641 / 99 42609

StiL

NHL 4 - 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-Rezidiv oder Haarzellenleukämie-Variante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haarzellenleukämie-Variante (Erstdiagnose oder Rezidiv) | <input type="checkbox"/> | |
| - Rezidiv der Haarzellenleukämie (nach Cladribin oder Pentostatin) | <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 (ggf. Rücksprache) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ausschlußkriterien: | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Unbehandelte Haarzellenleukämie | <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:**