

LEITFADEN FÜR DIE FACHÄRZTLICHE ÜBERWEISUNG ZUR CHEMOSATURATION



Das Dokument ist ausschließlich für den Einsatz in medizinischen Facheinrichtungen gedacht. Bitte nutzen Sie die nachfolgende Checkliste zur Zusammenstellung der nötigen Unterlagen zur Überweisung von Patienten an www.chemosat.de/HCPs/Behandlungszentren.html

KRITERIEN ZUR BEHANDLUNG MIT CHEMOSAT

Für Patienten mit nicht rezidierbaren Lebermetastasen

- Histologisch / durch Bildgebung bestätigte Lebermetastasen (bis 50 % Tumorlast) und Beschluss des interdisziplin. Tumorboard zur Chemosaturation liegen vor
- Prognostische Lebenserwartung > 3 Monate
- ECOG Performance Status 0-1

AUSSCHLUSS VON:

Bei Auftreten eines der folgenden Merkmale ist eine Chemosaturation ausgeschlossen	Ja	Nein
Leberzirrhose Child-Pugh-Score B/C		
Anzeichen für Portale Hypertension		
Anästhetika kontraindiziert (cardialer/ pulmonaler Zustand)?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorliegen einer Herzerkrankung, die die Verwendung einer Vollnarkose ausschliesst? 2. Vorliegen einer Lungenerkrankung, die die Verwendung einer Vollnarkose ausschliesst? 		
Zustand nach Whipple-OP oder abweichende Anatomie der Gallenwege?		
Bei immunsuppressiver Medikation: Unterbrechung nicht möglich?		

KONTAKTDATEN ZUWEISER:

HCP, Klinik/Abteilung

Weitere
Ansprechpartner:Abteilungssekretariat/
Kordinator

Adresse:

Tel.:

E-mail
(Behandelnder Arzt)

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Name

Adresse:

Tel.:

E-mail

Geburtsdatum:

KV/
Versicherungsnummer

Geschlecht

Extra-hepatische
Erkrankung?

1.

2.

3.

4.

Bekannte Allergien?

VORHERIGE CHIRURGISCHE/ABLATIVE MASSNAHMEN:

	Termine	Antwort	Anmerkungen
Chirurgische Maßnahme/ Ablation 1			
Chirurgische Maßnahme/ Ablation 2			
Chirurgische Maßnahme/ Ablation 3			
Chirurgische Maßnahme/ Ablation 4			

Die in diesem Formular enthaltenen Informationen dienen ausschließlich Informationszwecken. Die Informationen in diesem Formular sind keine Ersatz für professionelle, ärztliche Beratung, Diagnose und Behandlungsentscheidungen. Die in diesem Formular enthaltenen Informationen sollten nur an medizinisches Fachpersonal weitergegeben werden.

VORHERIGE SYSTEMTHERAPIE:

Vor der Behandlung mit Chemosat sicherzustellen:

- keine Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen vorliegend
- nach Gabe von Immunotherapie (anti-PD1-Inhibitor, CTLA-4-Inhibitor u.a.) sind 8 Wochen Abstand zur Behandlung mit Chemosat empfohlen

	Therapie	Termine (von-bis)	Antwort	Fortschrittsdatum
Stufe 1				
Stufe 2				
Stufe 3				
Stufe 4				

LABOR TEST

Patienten müssen haben:

- Adäquate hepatische, hämatologische und renale Funktion
- Ausschluss einer Schwangerschaft (falls notwendig)

Test	LDH	Bilirubin	ANC (neutrophile)	Blutplättchen	Albumin
Termine					
Tatsächlicher Wert					
Andere Blutergebnisse					

BILDGEBUNG BEIGEFÜGT (UNTERSUCHUNGSDATUM)

	CT	MRI	PET
Leber			
Brust/Lunge			
Abdomen			
Kopf			
Nieren			

Sonstige Vorerkrankungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDICATIONS FOR USE: The Delcath CHEMOSAT® Hepatic Delivery System is used for percutaneous intra-arterial administration of chemotherapeutic agent (melphalan hydrochloride) for perfusion of the liver with subsequent extracorporeal filtration of the regional (hepatic) venous blood, lowering the concentration of chemotherapeutic agent in the blood before returning it to the systemic venous circulation. Please refer to the Instructions for Use for full warnings and precautions. **NAME AND ADDRESS OF**

LEGAL MANUFACTURER: Delcath Systems, Inc. 566 Queensbury Avenue, Queensbury, NY 12804, USA. **NAME AND ADDRESS OF EU AUTHORISED REP:** Delcath Systems Limited, Unit 19 Mervue Industrial Estate, Mervue, Galway, IRELAND, H91 EP89. **CE MARK AND NOTIFIED BODY NUMBER:** 2797. **CHEMOSAT®** is a registered trademark of Delcath Systems Inc. **WEBSITES:** www.delcath.com, www.chemosat.com, www.againsttheodds.com. **EMA-P-1026-v1 (v1.0) © 2023 Delcath Systems Ltd.**

Die in diesem Formular enthaltenen Informationen dienen ausschließlich Informationszwecken. Die Informationen in diesem Formular sind keine Ersatz für professionelle, ärztliche Beratung, Diagnose und Behandlungsentscheidungen. Die in diesem Formular enthaltenen Informationen sollten nur an medizinisches Fachpersonal weitergegeben werden.