Simone Gschaidmeier

Verlaufsdokumentation von Karzinompatienten

Auf den ersten Blick erscheint die Dokumentation hier schwierig - durch das UroCloud-Konzept ist es in der Regel aber einfach und sehr logisch aufgebaut. Bei einem Therapiebogen erscheint hier immer die aktuelle Therapie, was zugleich eine Überprüfung ist ob diese stimmt und nur durch einen Mausklick genauso weitergeführt werden kann. Genauso einfach ist die Therapieänderung. Nach ein paar Patienten ist das wirklich routinemäßig zu erledigen. Kommt ein Patient z. B. zu seiner Hormontherapie kann man das so dokumentieren: Therapiebogen öffnen. Dort sieht man: bisherige Therapie „Hormontherapie", klickt diese an um sie fortzuführen und sieht wann mit der Behandlung begonnen wurde (Vorsicht: hier das Datum nicht ändern!) eine Seite später dokumentiert man beispielsweise die Trenantone-Spritze unter „Datum der Applikation".Für die Ersterhebung und die Folgedokumentation gibt es trotzdem ein paar wichtige (und schwierige) Dinge zu beachten, deswegen noch diese 6 Zusatz- Regeln:

1.) Das Schwierigste ist die Beurteilung des **Tumorprogresses**. Dies wird bei jedem Kontrollbogen nachgefragt. Auch dies sollte in einem Gespräch mit dem Arzt besprochen werden, wie man das in der jeweiligen Praxis individuell handhabt. Idealerweise dokumentiert der Arzt in der Patientendatei einen evtl. Tumorprogress. Mir persönlich haben wichtige Tipps wie z. B. „Eine Therapieänderung bedeutet meistens einen Tumorprogress" sehr geholfen. Das Allerbeste ist natürlich wenn der Arzt sagt: „Sie dürfen mich jederzeit fragen und ansprechen". Tun Sie das bitte auch! Fragen Sie nach, bevor Sie unsicher dokumentieren.

2.) Das **Staging**: Hier sollte mit dem Arzt vereinbart werden, dass er das Tumorstaging des Patienten in der Patientenkartei dokumentiert. Aber Achtung: das Staging ändert sich öfters – vor allem nach zusätzlichen Untersuchungen wie z. B. Knochenszinti, CT (evtl. Metastasen) und auch nach Therapie (z.B. radikale Prostatektomie).

3.) **Radikale Prostatektomie**: Hier hat jedes Zentrum sein Standardprocedere und auch hier wird ziemlich viel nachgefragt bei der Dokumentation wie z.B. OP-Zugang und sollte von Anfang an mit dem Arzt besprochen werden.

4.) **Kontrollkarzinombögen**: Sie sind gleich aufgebaut wie die Adenombögen nur zusätzlich die Frage nach den Blutwerten (meist Cholesterin und Triglyzeride, Achtung: hier wird die Einheit abgefragt!). Und zusätzlich kann man „Weitere Untersuchungen" dokumentieren: CT, PET-CT, MRT, Rö Thorax, Knochenszinti, Rö Knochen, Schmerzstatus *(siehe Punkt 5) und Andere

5.) **Schmerzstatus**: Dies ist eine besonders wichtige Frage, ob die Schmerzen karzinombedingt oder nicht karzinombedingt sind. Sobald der Patient Schmerzen hat, die mit seiner Krebserkrankung

zusammenhängen, dies unbedingt und hier dokumentieren

6.) **Therapiebogen**: Hier gibt es mehr Optionen als beim Adenom: Active Surveillance, Wait and See, Radikale Prostatektomie, Externe Strahlentherapie (primär und sekundär), Mamillenbestrahlung, Seed-Implantation, HIFU, Hormontherapie, Chemotherapie, Zometatherapie, Schmerz-Palliativtherapie, Therapie im Rahmen eines Studienprotokolls und andere Therapie. Wenn Ihnen der eine oder andere Begriff nichts sagt, fragen Sie auch hier gleich nach, in der Regel kann man die Therapie aus der Akte gut erkennen und es ist kein Problem sie zu übertragen und auf der nächsten Detailseite die Einzelheiten dazu anzuklicken. Einmal dokumentiert bleibt die Therapie solange aktuell (wie schon angesprochen) bis sie geändert wird. Vom Arzt beim Patienten und von Ihnen im ProstaWeb.