

# ORGANSPEZIFISCHES ZUSATZMODUL: MAMMAKARZINOM

BEI FRAGEN WENDEN SIE SICH BITTE AN DIE VERTRAUENSSTELLE DES KREBSREGISTERS:  
POSTFACH 10 24 64 – 66024 SAARBRÜCKEN  
TEL.: 0681-501-4538 E-MAIL: vertrauensstelle@krebsregister.saarland.de

**Krebsregister**  
SAARLAND



## A. ANGABEN ZUR PATIENTIN/ZUM PATIENTEN ▶ ALTERNATIV KANN EIN ETIKETT AUFGELEBT WERDEN

A1 Nachname, Titel	A1 Vorname/n	A3 Geburtsdatum, TT.MM.JJJJ
A5 Straße, Hausnummer	A5 PLZ	A5 Wohnort

## C. ANGABEN ZUR MELDEPFLICHTIGEN PERSON ▶ ALTERNATIV KANN EIN ADRESS-STEMPEL AUFGEBRACHT WERDEN

C1 Nachname, akademischer Grad	C1 Vorname/n
C2 Praxis/Klinik/Abteilung/Station	

REGISTERINTERN

## D. ANGABEN ZUM TUMOR ▶ DIE ANGABEN BEZIEHEN SICH AUF DEN ZEITPUNKT DER PRIMÄREN DIAGNOSESTELLUNG / BEI BEIDSEITIGEN TUMORERKRANKUNGEN BITTE FÜR JEDE SEITE EINEN SEPARATEN MODULBOGEN AUSFÜLLEN

Datum Erstdiagnose:	D1 TT.MM.JJJJ			
Tumordiagnose:	D2 Freitext			
Seitenlokalisation:	D4 links	D4 rechts	D4 beidseitig; Modulbogen betrifft Tumor rechts	D4 beidseitig; Modulbogen betrifft Tumor links
Hormonrezeptorstatus Östrogen:	D13 Positiv Immunreaktiver Score (IRS) $\geq 1$	D13 Negativ	D13 Unbekannt	
Hormonrezeptorstatus Progesteron:	D13 Positiv Immunreaktiver Score (IRS) $\geq 1$	D13 Negativ	D13 Unbekannt	
Her2/neu Status:	D14 Positiv	D14 Negativ	D14 Unbekannt	
Tumorgroße invasives Karzinom: Bei mehreren Herden ist der größte Durchmesser anzugeben	D15 Maximaler Durchmesser in mm	D15 Kein invasives Karzinom	D15 Nicht zu beurteilen	
Tumorgroße DCIS: Wenn kein invasiver Anteil vorliegt	D16 Maximaler Durchmesser in mm	D16 Kein DCIS, oder invasiver Anteil vorhanden	D16 Nicht zu beurteilen	

## Q. PRÄTHERAPEUTISCHER MENOPAUSENSTATUS

Q1 Prämenopausal (auch perimenopausal)	Q1 Postmenopausal	Q1 Unbekannt
--	-------------------	--------------

## R. ANGABEN ZUR THERAPIE

Präoperative Drahtmarkierung mit bildgebendem Verfahren durchgeführt:	R1 Keine	R1 Mammografie	R1 Sonografie	R1 MRT	R1 Unbekannt
Intraoperatives Präparatröntgen oder Sonografie (nach präoperativer Drahtmarkierung) durchgeführt:	R2 Nein	R2 Mammografie	R2 Sonografie	R2 Unbekannt	

## S. SONSTIGES

Sozialdienstkontakt:	Erster Kontakt am	S1 TT.MM.JJJJ	S1 Kein Kontakt	S1 Unbekannt
Studienrekrutierung (Studie mit Ethikvotum):	Einschlussdatum	S2 TT.MM.JJJJ	S2 Keine Studienteilnahme	S2 Unbekannt

# INFORMATIONEN UND HILFSTELLUNG

## ZUR DURCHFÜHRUNG VON MELDUNGEN ZU KREBSERKRANKUNGEN AN DAS KREBSREGISTER SAARLAND ORGANSPEZIFISCHES ZUSATZMODUL: MAMMAKARZINOM

### ALLGEMEINES, ABSCHNITTE A UND C

Der Bogen „Organspezifisches Zusatzmodul: Mammakarzinom“ muss sowohl in Verbindung mit dem Meldebogen „Diagnose einer Tumorerkrankung“ als auch in Verbindung mit dem Meldebogen „Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme“ eingereicht werden.

Informationen zu Abschnitt A (Angaben zur Patientin/zum Patienten), Abschnitt C (Angaben zur meldepflichtigen Person) sowie den Feldern D1-D4 von Abschnitt D (Angaben zum Tumor) entnehmen Sie bitte der Broschüre „Informationen und Hilfestellung zur Durchführung von Meldungen zu Krebserkrankungen an das Krebsregister Saarland“. Die Angaben zur Patientin/zum Patienten (Abschnitt A), zur meldepflichtigen Person (Abschnitt C) und zum Sitz des Tumors (Abschnitt D1-D4) müssen nicht erneut eingetragen werden, wenn der Modulbogen zusammen mit einem Diagnose- oder Therapiebogen übersendet wird und die Bögen fest verbunden sind.

### ANGABEN ZUM TUMOR (ABSCHNITT D)

Abschnitt D umfasst Angaben zur Diagnose der Tumorerkrankung. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der primären Diagnosestellung.

- D13:** Angabe des Hormonrezeptorstatus des Mammakarzinoms für Östrogen- und Progesteronrezeptoren basierend auf der Anwendung immunhistochemischer Verfahren. Die Bewertung erfolgt gemäß Immunreaktivem Score (IRS) nach Remmele W. et al. 1987.
- D14:** Angabe des Her2/neu-Status des Mammakarzinoms basierend auf der Anwendung immunhistochemischer Verfahren oder Nachweis der Genamplifikation
- D15:** Geben Sie bitte den maximalen Durchmesser des invasiven Karzinoms in Millimetern an. Bei mehreren Herden ist der größte Durchmesser anzugeben.
- D16:** Maximaler Durchmesser des DCIS in Millimetern, wenn kein invasiver Anteil vorhanden ist

### PRÄTHERAPEUTISCHER MENOPAUSENSTATUS (ABSCHNITT Q)

- Q1:** Dokumentieren Sie bitte den prätherapeutischen Menopausenstatus der Patientin. Postmenopausal bedeutet, dass mehr als ein Jahr keine Menstruationsblutung stattgefunden hat oder sich die Werte von Estradiol (E2) und follikelstimulierendem Hormon (FSH) im eindeutigen postmenopausalen Bereich befinden.

### THERAPIE (ABSCHNITT R)

Der Abschnitt umfasst Angaben zur durchgeführten präoperativen Drahtmarkierung und den dabei eingesetzten bildgebenden Verfahren.

- R1:** Kreuzen Sie bitte an, ob eine präoperative Drahtmarkierung unter Verwendung bildgebender Verfahren durchgeführt wurde und dokumentieren Sie ggf. das verwendete Verfahren.
- R2:** Kreuzen Sie bitte an, ob das Präparat nach präoperativer Drahtmarkierung intraoperativ mammografiert oder sonografiert wurde und dokumentieren Sie ggf. das verwendete Verfahren.

### SONSTIGES (ABSCHNITT S)

- S1:** Geben Sie bitte an, ob ein Sozialdienstkontakt im Rahmen der Erst- oder Rezidivbehandlung stattgefunden hat. War dies der Fall, tragen Sie bitte das Datum im Format TT.MM.JJJJ ein.
- S2:** Geben Sie bitte an, ob die Patientin/der Patient an einer Studie mit Ethikvotum teilnimmt. Tragen Sie ggf. bitte das Datum im Format TT.MM.JJJJ ein, an dem die Patientin/der Patient in die Studie eingeschlossen wurde.