



Anforderung PSMA-PET ASV NUK - MSR

Dok.-Nr.: D8731

Version: 3

Verfahrensanweisung

Seite 1 von 1

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon (mobil):

Krankenkasse:

Klinik für Nuklearmedizin Mathias-Spital
 Chefarzt Dr. med. S. Rütter
 Telefon: 05971 42 4200
 Fax: 05971 423 4200
sekretariat.nuklearmedizin@mathias-spital.de

Anforderung ambulantes PSMA-PET/CT (ASV)

© Stiftung Mathias-Spital Rheine

Anfordernder Arzt _____ Telefon _____ Datum _____

Patientenangaben: Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Indikationen für die Durchführung eines PSMA-PET-CT nach §116b SGB V (ASV)

Fehlender Abfall des PSA-Wertes nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms innerhalb von 3 Monaten:

Angabe von 2 PSA-Werten $\geq 0,21$ ng/ml mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen.

Datum OP: _____ Tumorstadium: _____ Gleason-Score: _____

PSA-Werte: _____ ng/ml vom _____ ng/ml vom _____

PSA Rezidiv nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms bei erstmaligem PSA Anstieg und noch nicht durchgeführter Strahlentherapie der Prostataloge:

Angabe von 2 PSA-Werten $\geq 0,21$ ng/ml mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen.

Datum OP: _____ Tumorstadium: _____ Gleason-Score: _____

PSA-Werte: _____ ng/ml vom _____ ng/ml vom _____

PSA Rezidiv nach alleiniger Bestrahlung bei erstmaligem PSA Anstieg eines lokalisierten Prostatakarzinoms: Angabe von 2 PSA-Werten $\geq 2,1$ ng/ml über dem postinterventionellen Nadir mit einem Abstand von mindestens 4 Wochen.

Datum Radiatio: _____ Tumorstadium: _____

Gleason-Score: _____

PSA-Werte: _____ ng/ml vom _____ ng/ml vom _____

High risk Prostatakarzinom (Gleason Score 8-10 oder T Kategorie cT3/ cT4 oder PSA ≥ 20 ng/ml) zum Staging vor kurativ intendierter Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz.

Datum ED: _____ Tumorstadium: _____ Gleason-Score: _____

iPSA-Werte: _____ ng/ml vom _____ Datum Tumorkonferenzbeschluss: _____

Evaluation für eine Lutetium 177 PSMA Therapie bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung nach Ausschöpfen der leitliniengerechten Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz.

Datum ED: _____ Tumorstadium: _____ Gleason-Score: _____

PSA: _____ ng/ml vom _____; bisherige Therapie: _____

Notwendige Unterlagen zur Bearbeitung: ASV Überweisung sowie letzter Arztbrief mit Krankheitsverlauf. Bei Unklarheiten ist eine telefonische Rücksprache jederzeit möglich.