

Arztbrief vom 25.8.2068

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir berichten von Frau Antonia Anderer, *21/3/2017, stat. Aufenthalt 12/12/66 - 23/12/66

HAUPT / NEBENDIAGNOSEN

Rektum-CA, (ED 7/63); lokal weit fortgeschritten , C20

Tumoranämie, (ED 9/63), D63.0

IDDM, E11.9

chronische Niereninsuffizienz iel diab. Nephropathie, N18.8

arterielle Hypertonie, I10

Metamizolallergie, Z88.6

Lasixallergie

Z.n. Implantation Port-a-cath Sept. 2063 - Explantation 3/11/66

PS-Heilung m. postop. Hämoserom/rectovag. Fistel (01-12/64)

DEKURS DER TUMORERKRANKUNG

Operation(en) und Histologie(n):

diagnostische PE (5. März2063)

Histo: AdenoCA

Stad.: pN+MXG2 K-RAS wt

endständige Sigmoidostomie (4.4.2063)

Rektumamputation, Hysterektomie, Scheidenrekonstruktion, Defektdeckung (7.6.2063)

V.a. Metas der Nieren und Nebenniere rechts

Histo: Sehr spärliche Reste des AdenoCa vom colorektalen Typ

Stad.: ypT3cN0(0/14)M0G2R0 Tumorregressionsgr. 3

Histo: Uterus myomatosus, geringgr. Endometriose

Bestrahlung(en):

konkom. RTX/CTX m. 5-FU am STZ, 64 Gy (10/63-12/63); (reg. LK 64 Gy, Primärtumorregion 80 Gy)

Med.TU Therapie(n):

pseudoneoadj. PCT m. Folfox (07/63-12/63); MR nach 6 Zyklen;

+ Panitumumab (09/63-11/63)

pseudoneoadj. PCT De Gramont + Panitumumab (7/63-11/63); PR; add. konk. RCT
Observanz ab (12/63-laufend)

Aufgrund der Niereninsuffizienz erhielt die Pat.2000 ml NaCl 0,9 %
und 4000ml oral um die Diurese zu forcieren.

Trotzdem konnte aufgrund des erhöhten Krea
kein CT mit Kontrast durchgeführt werden.

Radiologe empfiehlt Verlaufskontr. in 3 Monaten.

THERAPIEEMPFEHLUNG

NovoRapid® 2 Einh. pro BE

Brotaphane® 0-0-0-6 Einheiten

Inegy® 10/20 mg 0-0-1

Seloken® retard 95 mg 1/2-1/2-1/2

Gastrozol® 20 mg 1-0-0

Valsartan 160 mg 1-0-0

Berodual® DA bei Bed. 1 - 2 Hub

Seretide® diskus 3x 1Hub

Indapamid® 1 mg 1-0-1

Allopurinol 300 mg 1-0-0