



## Geriatrisches Assessment bei Patienten >60 Jahre mit MDS/AML (Stand 2007)

Patienten-Identifikation

### Behandlung

- A. Intensive Chemotherapie (IC: Induktionstherapie, Transplantation)
- B. low-dose Azanukleoside, andere nicht-intensive Therapie (NIC)
- C. alleinige Best Supportive Care (BSC)

### Gründe für Therapieempfehlung:

- Wunsch des Patienten
- Alter
- Performance Status (Karnofsky/ECOG)
- Komorbiditäten
- Geriatr. Assessment
- Krankheitsparameter, z.B.:  
AHD / Karyotyp / MRD

	Therapiebeginn / Aufnahme	Verlauf
Datum:		
1. QOL (EORTC C30)		
2. ADL		
3. IADL		
4. Mini Mental (MMSE)		
5. GDS		
6. "up-and-go"		
7. Komorbiditäten		
a) Charlson-Index		
b) HCT-CI		
8. Performance Status Karnofsky / ECOG		



## 1. EORTC QLQ-C30 (Version 3.0)

Wir sind an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit betreffen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen selbst, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Bitte tragen Sie Ihre Initialen ein:

Ihr Geburtstag (Tag, Monat, Jahr):

Das heutige Datum (Tag, Monat, Jahr):

	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Wenig</b>	<b>Mässig</b>	<b>Sehr</b>
1. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten sich körperlich anzustrengen (z.B. eine schwere Einkaufstasche oder einen Koffer zu tragen?)	1	2	3	4
2. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?	1	2	3	4
3. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, eine kurze Strecke außer Haus zu gehen?	1	2	3	4
4. Müssen Sie tagsüber im Bett liegen oder in einem Sessel sitzen?	1	2	3	4
5. Brauchen Sie Hilfe beim Essen, Anziehen, Waschen oder Benutzen der Toilette?	1	2	3	4
<b>Während der letzten Woche:</b>				
6. Waren Sie bei Ihrer Arbeit oder bei anderen tagtäglichen Beschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
7. Waren Sie bei Ihren Hobbys oder anderen Freizeitbeschäftigungen eingeschränkt?	1	2	3	4
8. Waren Sie kurzatmig?	1	2	3	4
9. Hatten Sie Schmerzen?	1	2	3	4
10. Mussten Sie sich ausruhen?	1	2	3	4
11. Hatten Sie Schlafstörungen?	1	2	3	4
12. Fühlten Sie sich schwach?	1	2	3	4
13. Hatten Sie Appetitmangel?	1	2	3	4
14. War Ihnen übel?	1	2	3	4
15. Haben Sie erbrochen?	1	2	3	4

Bitte wenden

**Während der letzten Woche:**

	<b>Überhaupt nicht</b>	<b>Wenig</b>	<b>Mässig</b>	<b>Sehr</b>
16. Hatten Sie Verstopfung?	1	2	3	4
17. Hatten Sie Durchfall?	1	2	3	4
18. Waren Sie müde?	1	2	3	4
19. Fühlten Sie sich durch Schmerzen in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt?	1	2	3	4
20. Hatten Sie Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. auf das Zeitungslesen oder das Fernsehen?	1	2	3	4
21. Fühlten Sie sich angespannt?	1	2	3	4
22. Haben Sie sich Sorgen gemacht?	1	2	3	4
23. Waren Sie reizbar?	1	2	3	4
24. Fühlten Sie sich niedergeschlagen?	1	2	3	4
25. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern?	1	2	3	4
26. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Familienleben beeinträchtigt?	1	2	3	4
27. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung Ihr Zusammensein oder Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt?	1	2	3	4
28. Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?	1	2	3	4

**Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die Zahl zwischen 1 und 7 an, die am besten auf Sie zutrifft**

29. Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

1      2      3      4      5      6      7

sehr schlecht

ausgezeichnet

30. Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

1      2      3      4      5      6      7

sehr schlecht

ausgezeichnet

© Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Alle Rechte vorbehalten. Version 3.0

In order to obtain the questionnaires, you need to fill in a user's agreement. You will need to complete a separate user's agreement for each study conducted. You will receive a copy of the questionnaire, which you are allowed to reproduce in sufficient copies for your study, and a scoring manual. The questionnaire is available in over 40 languages. There is no fee for academic or non-commercial users. However, if your study has commercial sponsorship, you will be required to pay a fee dependent upon the number of subjects in the study. Please refer to the EORTC Study Group on Quality of Life Homepage: <http://www.eortc.be/home/qol/>

## 2. ADL / IADL

### Barthel-Index (Hamburger Einstufungsmanual)

(Lübke N, Grassl A, Kundy M, Meier-Baumgartner HP, Will J. (2001) Geriatrie Journal 1/2:41-46)

	Datum	Aufnahme	Verlauf
<b>1. Essen</b>			
a) Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) völlig hilfsbedürftig	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Bett-Stuhl-Transfer (Auf- und Umsetzen)</b>			
a) Völlig unabhängig hin und zurück	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Minimale Assistenz oder Supervision	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aufsetzen im Bett möglich, für Transfer Hilfe	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bettlägerig (sich aufsetzen nicht allein möglich)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Waschen</b>			
a) Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert, schminkt sich	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Braucht Hilfe	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Toilettenbenutzung</b>			
a) Unabhängig	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Braucht Hilfe (z.B. bei Kleidung, Reinigung)	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kann Toilette / Nachtsstuhl nicht benutzen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Baden</b>			
a) Badet oder duscht ohne jede Hilfe	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Braucht Hilfe	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Gehen auf Ebene oder Rollstuhlfahren</b>			
a) 50 m unabhängiges Gehen (evtl. mit Gehhilfe)	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 50 m Gehen mit Gehwagen	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Für RS-Fahrer: Bewegt sich in der Wohnung mit personeller oder Gehhilfe oder selbständig im Rollstuhl	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) kann sich auch mit Hilfe nicht fortbewegen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Treppensteigen

a) Unabhängig über 1 Etage	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Braucht Hilfe oder Supervision	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) kann auch mit Hilfe nicht Treppen steigen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Ankleiden

a) Unabhängig incl. Schuhe anziehen	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Völlig hilfsbedürftig	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Stuhlkontinenz

a) Kontinent	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Teilweise inkontinent (1x/ Woche)	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Inkontinent (> 1x/ Woche)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Urininkontinenz

a) Kontinent	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Teilweise inkontinent (max. 1x/ 24h)	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) inkontinent (> 1x/ 24h)	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summe (max. 100 Punkte)....

### 3. Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IATL)

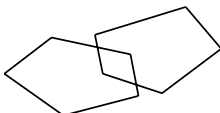
(Lawton MP, Brody EM (1969): Gerontologist 9(3):179-186)

	Datum	Aufnahme	Verlauf
<b>A. Fähigkeit ein Telefon zu benutzen</b>			
- benützt Telefon in Eigeninitiative, schlägt Tel.-Nr. nach, wählt etc.		1	1
- wählt einige wenige gut bekannte Nummern		1	1
- bedient Telefon, wenn er/sie angerufen wird		1	1
- kann Telefon nicht benutzen		0	0
<b>B. Einkaufen</b>			
- kümmert sich selbständig um alle Einkäufe		1	1
- erledigt kleine Einkäufe selbständig		0	0
- muss bei jedem Einkaufen begleitet werden		0	0
- völlig unfähig einzukaufen		0	0
<b>C. Zubereitung von Mahlzeiten</b>			
- adäquate Mahlzeiten werden selbständig geplant, zubereitet und serviert		1	1
- adäquate Mahlzeiten werden zubereitet, wenn Zutaten zur Verfügung gestellt werden		0	0
- wärmt Mahlzeiten auf, serviert und bereitet sie zu oder bereitet Mahlzeiten zu, aber hält keine angemessene Nahrungsaufnahme aufrecht		0	0
- Mahlzeiten müssen vorbereitet und serviert werden		0	0
<b>D. Hauswirtschaft</b>			
- Führt Hauswirtschaftsarbeiten durch oder mit nur gelegentlicher Hilfe (z.B. für schw. Arbeiten Haushaltshilfe)		1	1
- führt leichte tägliche Arbeiten aus, wie Geschirrspülen und Betten machen		1	1
- führt leichte tägliche Arbeiten aus, kann aber kein akzeptables Niveau der Sauberkeit aufrechterhalten		1	1
- braucht Hilfe bei allen Arbeiten zur Aufrechterhaltung des Haushaltes		1	1
- nimmt nicht an irgendwelchen Haushaltsaufgaben teil		0	0
<b>E. Wäsche waschen</b>			
- wäscht persönliche Wäsche völlig selbständig		1	1
- wäscht kleine Teile, z.B. Strümpfe		1	1
- die gesamte Wäsche wird von anderen gewaschen		0	0
<b>F. Transport/Reisen</b>			
- benutzt selbständig öffentliche Verkehrsmittel oder fährt das eigene Auto		1	1
- arrangiert eigene Fahrten mit dem Taxi, aber benutzt keine sonstigen Verkehrsmittel		1	1
- benutzt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung anderer		1	1
- Reisen begrenzt auf Taxifahrten oder Fahren im Auto in Begleitung anderer		0	0
- Reist nicht		0	0
<b>G. Kompetenz für eigene Medikation</b>			
- ist kompetent, die Medikamente in korrekter Dosierung und zur rechten Zeit einzunehmen		1	1
- ist kompetent, die Medikamente einzunehmen, wenn sie in separaten Dosierungen vorbereitet sind.		0	0
- ist nicht mehr zur selbständigen Medikamenteneinnahme in der Lage		0	0
<b>H. Fähigkeit, Finanzen zu handhaben</b>			
- erledigt finanzielle Angelegenheiten selbständig (Haushaltsplan, schreibt Schecks aus, zahlt Miete und Rechnungen, geht zur Bank), regelt Geldeinnahmen und ist über seine Einkünfte auf dem laufenden		1	1
- erledigt alltägliche Einkäufe, aber braucht Hilfe in Bank-Angelegenheiten und bei größeren Einkäufen		1	1
- nicht in der Lage, finanzielle Angelegenheiten zu regeln		0	0
<b>Summenscore (maximal 8 Punkte):</b>		_____	_____

# 4. Mini-Mental Status

(Folstein MV et al. (1975): J Psychiatr. 12:189-198)

		Aufnahme	Verlauf
	max. Punkte	aktuelle Punkte	
<b>1. Orientierung</b>			
Welches Jahr, Jahreszeit, Monat, Wochentag, Datum von heute?	5	_____	_____
Wo sind wir? (Land, Bundesland, Ort, Praxis / Klinik, Arztname)	5	_____	_____
<b>2. Aufnahmefähigkeit</b>			
Nachsprechen (Drei Worte: Baum, Tisch, Schrank) Ein Wort pro Sekunde; weniger als 6 Versuche	3	_____	_____
<b>3. Aufmerksamkeit und Rechnen</b>			
Von 100 jeweils 7 subtrahieren (93/86/79/72/65). Jede richtige Antwort: Ein Punkt. Alternativ: STUHL rückwärts buchstabieren (LHUTS)	5	_____	_____
<b>4. Gedächtnis</b>			
Erinnern der oben nach gesprochenen Begriffe ( _____ / _____ / _____ ) pro Wort ein Punkt	3	_____	_____
<b>5. Sprache</b>			
Benennen; Was ist das? (Bleistift, Kugelschreiber)	1	_____	_____
Was ist das? (Uhr)	1	_____	_____
Nachsprechen: "Kein wenn und aber".	1	_____	_____
<b>6. Ausführen eines dreiteiligen Befehls</b>			
"Nehmen Sie das Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und lassen Sie es auf den Boden fallen". (jeder Teil ein Punkt).	3	_____	_____
<b>7. Lesen und Ausführen</b>			
(auf separatem Blatt vorbereiten). Lesen Sie bitte diesen Satz und führen sie das aus, was Sie darauf lesen  "Schließen Sie Ihre Augen" (nur ein Punkt).	1	_____	_____
<b>8. Schreiben</b>			
Einen x-beliebigen Satz schreiben lassen (incl. wesentl. Merkmale eines Satzes) (nicht diktieren! Muss spontan geschrieben werden).	1	_____	_____
<b>9. Kopieren</b>			
(konstruktive Praxis) Sich überschneidende fünfeckige Figur nachzeichnen lassen (Extrablatt vorlegen).	1	_____	_____
<b>Gesamtpunktzahl:</b>		_____	_____



## 5. Geriatrische Depressionsskala (GDS)

(Yesavage JA et al. (1983): J Psychiatr. Res 39:37-49)

	Aufnahme		Verlauf	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie viele Ihrer Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. Sind Sie meistens guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Fühlen Sie sich meistens glücklich?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. Haben Sie das Gefühl, mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten zu haben als andere Leute?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11. Finden Sie, es sei schön am Leben zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie im Moment das Gefühl, wertlos zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. Fühlen Sie sich kraftvoll?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. Haben Sie das Gefühl, daß es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>Gesamtpunktzahl:</b>	___ <input type="checkbox"/>		___ <input type="checkbox"/>	

Gezählt wird die Anzahl der Kreuze in den Kästchen (  ).

Das Maximum beträgt somit 15 Punkte

0-5 Punkte: normal

6-10 Punkte: leichte oder mittelschwere Depression

11-15 Punkte: schwere Depression

## 6. Timed "up-and-go"

(Podsiadlo D et al. 1991: J. Am. Psychiatr. Soc. 39:142-148)

	<b>Datum</b>	<b>Aufnahme</b>	<b>Verlauf</b>
< 10 sec		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-20 sec		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-30 sec		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-40 sec		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geht gar nicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**bitte ankreuzen**

Beschreibung:

Prüfung der Mobilität und Abschätzung des Sturzrisikos.

- Aufstehen von einem Stuhl
- Gehen einer Strecke von 3 m
- Drehung
- erneutes Hinsetzen, Benutzung von Hilfsmitteln ggf. erlaubt.

Patienten, die weniger als 10 sec. benötigen sind sicher in ihrer alltäglichen Mobilität. Bei Patienten, die für die Ausführung über 20 sec. benötigen besteht eine alltagsrelevante Mobilitätseinschränkung.

## 7. a) Original Charlson Komorbiditäts-Index

(Charlson Met al. 1987: J Chron Dis. 40(5):373-83)

Komorbidität	Definition	Charlson Score	Aufnahme	Verlauf
Herzinfarkt	Pt. mit Hospitalisierung wegen elektrokardiographisch und/oder enzymatisch nachgewiesenem Herzinfarkt	1		
Herzinsuffizienz	Pt. mit nächtlicher oder durch Anstrengung induzierte Dyspnoe mit Besserung der Symptomatik unter Therapie	1		
periphere arterielle Verschußkrankheit	Pt. mit Claudicatio intermittens, nach peripherer Bypass-Versorgung, mit akutem arteriellem Verschuß oder Gangrän sowie nicht versorgtem abdominellen oder thorakalen Aortenaneurysma >6cm	1		
zerebrovaskuläre Erkrankungen	Pt. mit TIA oder Apoplex ohne schwerwiegenden Residuen	1		
Demenz	Pt. mit chronischem kognitiven Defizit	1		
chron. Lungenerkrankung	Pt. mit pulmonal bedingter Dyspnoe bei leichter oder mäßig schwerer Belastung ohne Therapie oder Pt. mit anfallsweiser Dyspnoe (Asthma)	1		
Kollagenose	Polymyalgie rheumatica, Lupus erythematodes, schwere rheumatoide Arthritis, Polymyositis	1		
Ulkuskrankheit	Pt. die bereits einmal wegen Ulcera behandelt wurden	1		
leichte Lebererkrankung	Leberzirrhose ohne portale Hypertonie	1		
Diabetes mellitus (ohne Endorganschäden)	Pt. mit Diab. mell. und medikamentöser Therapie	1		
Hemiplegie		2		
Mäßige-schwere Nierenerkrankung	Dialysepflichtigkeit oder Kreatinin >3mg/dl	2		
Diabetes mellitus mit Endorganschäden	oder zurückliegender Krankenhausaufnahmen wegen hyperosmolarem Koma oder Ketoazidose	2		
Tumorerkrankung	Sämtliche solide Tumore ohne Metastasennachweis innerhalb der letzten fünf Jahre	2		
Leukämie	Akute und chronische Leukosen	2		
Lymphom	Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome, multiples Myelom	2		
mäßig-schwere Lebererkrankung	Leberzirrhose mit portaler Hypertonie ohne stattgehabte Blutung und Patienten mit Varizenblutung in der Anamnese	3		
metastasierter solider Tumor		6		
AIDS		6		
<b>Summe</b>				

## 7. b) Definitionen von Komorbiditäten nach dem HCT-CI-Score ("modifizierter Charlson Score")

(Sorrer et al. 2005: Blood 106(8)2912-9)

Komorbidität	Definition	HCT-CI Score	Aufnahme	Verlauf	(Original Charlson CCI-Score zum Vergleich)
Arrhythmie	Vorhofflimmern, oder - Flattern, Sick Sinus Syndrom oder ventrikuläre Arrhythmien	1			0
Kardial	KHK	1			1
Entzündliche Darmerkrankung	M. Crohn oder Colitis ulcerosa	1			0
Diabetes	Behandlungspflichtig über Diät hinaus	1			1
Zerebrovaskuläre Erkrankung	TIA oder Apoplex	1			1
Psychiatrische Probleme	Depression oder Angstzustände, die psychiatrischer Konsultation oder Behandlung bedürfen	1			nicht berücksichtigt
Leichte Lebererkrankung	Chronische Hepatitis, Bilirubin >ULN to 1.5xULN, or GOT/GPT>ULN to 2.5 ULN	1			1
Adipositas	BMI> 35kg/m <sup>2</sup>	1			nicht berücksichtigt
Infektion	Notwendigkeit antibiotischer Behandlung	1			nicht berücksichtigt
Rheumatologische Erkrankung	SLE, Rheumatoide Arthritis, Polymyositis, mixed CTD, Polymyalgia rheumatica	2			1
Ulcera	Therapiebedürftig	2			1
Mäßige-schwere Nierenerkrankung	Serum Kreatinin>2 mg/dl, HD, Z.n. Nierentransplantation	2			2
Mäßige Lungenerkrankung	DLco und/oder FEV1 66-80% oder Belastungsdyspnoe bei leichter Anstrengung	2			1
Tumorerkrankung	ausser Nicht-Melanom-Hautkrebs, jede Tumor-Behandlung in Vorgeschichte	3			2
Herzklappenerkrankung	Ausser Mitralklappen-Prolaps	3			0
Schwere Lungenerkrankung	DLco and/or FEV1 <65% oder Ruhedyspnoe, O2-pflichtig	3			1
mäßig-schwere Lebererkrankung	Leberzirrhose, Bilirubin>1.5xULN oder GOT/GPT<2.5xULN	3			3
<b>Summe</b>					

## 8. Performance Status

**Karnofsky-Index** (Karnofsky D et al. 1948 Cancer. 1:634-56)

Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung	100%	(0)
Normale Leistungsfähigkeit, minimale Krankheitssymptome	90%	
Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung, geringe Krankheitssymptome	80%	(1)
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich selbst versorgen	70%	
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, braucht gelegentlich fremde Hilfe	60%	(2)
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, braucht krankenpflegerische und ärztliche Betreuung, nicht dauernd bettlägrig	50%	
Patient ist bettlägrig, braucht spezielle Pflege	40%	(3)
Patient ist schwerkrank, Krankenhauspflege notwendig	30%	
Patient ist schwerkrank, Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich	20%	(4)
Patient ist moribund, Krankheit schreitet rasch fort	10%	

### **ECOG/WHO Skala**

Normale Leistungsfähigkeit	0
Ambulante Betreuung, leichte Arbeiten möglich	1
Weniger als 50% am Tage bettlägrig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig	2
Mehr als 50% am Tage bettlägrig, begrenzte Selbstversorgung noch möglich	3
Ständig bettlägrig	4

**Aufnahme**                      **Verlauf**

**Datum**

\_\_\_\_\_

KI / ECOG:

\_\_\_\_\_ (bitte eintragen)

---

## 9. Kommentar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---