



Dokumentation zur PSMA-Radioligandentherapie mit Pluvicto®

Für eine zeitnahe Bearbeitung senden Sie uns bitte alle vorhandenen Befunde und den ausgefüllten Dokumentationsbogen zur PSMA-Radioligandentherapie mit Pluvicto per Fax an: **04141 / 604-197**.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: _____

Zuweisername: _____

Telefonnummer: _____

Indikationsstellung für Tumorboard

Diagnose Prostatakarzinom	Liegt vor	Fehlt
Original-Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie kastrations-resistentes, metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC)	☐	☐
TNNI-Klassifikation	☐	☐
Gleason Score	☐	☐
Kastrationsresistenz seit:	Mit Datum: ☐ _____ ☐	

Aktuelle Laborwerte des Patienten	Liegt vor	Fehlt
Laborwerte		
gr. Blutbild	☐	☐
Leber (Biliubin, GOT, GPT, GGT, LDH, Alb)	☐	☐
GFR	☐	☐
Kreatin	☐	☐
Gesamteiweiß	☐	☐
PSA	☐	☐

PSMA-Bildgebung		
PSMA-Positivität durch Bildgebung bestätig	Ja, Datum: ☐ _____	Nein ☐
Befundbeschreibung des Ergebnisses	Liegt vor ☐	Fehlt ☐



Nierenfunktion

Durchführung zur Feststellung einer ausreichenden Nierenfunktion und zum Ausschluss einer Harnabflussbehinderung (Durchführung einer Nierenfunktionsszintigrafie oder andere Untersuchungsverfahren)

Liegt vor

☐

Fehlt

☐

BRCA-Gen-1/2-Mutationsanalyse

BRCA Testung

Ja, Ergebnis:

☐

Nein

☐

Begründung, wenn keine Testung durchgeführt werden konnte

Liegt vor

☐

Fehlt

☐

Bisheriger Therapieverlauf

Androgendeprivationstherapie (ADT)

Ja, Zeitraum:

☐

Nein

☐

Aktuelles Präparat: _____

1. Vorherige erweiterte Hormontherapie (ARSI/ARPI)

☐ Abirateron

Zeitraum: _____

☐ Enzalutamid

Zeitraum: _____

☐ Darolutamid

Zeitraum: _____

☐ Apalutamid

Zeitraum: _____

2. Vorherige Taxan-basierte Chemotherapie

☐ Docetaxel

Zeitraum: _____

☐ Cabazitaxel

Zeitraum: _____

3. Vorheriger PARP-Inhibitor

☐ Olaparib Monotherapie

Zeitraum: _____

☐ Olaparib in Kombination mit Abirateron

Zeitraum: _____

☐ Talazoparib in Kombination mit Enzalutamid

Zeitraum: _____

☐ Niraparib in Kombination mit Abirateron.

Zeitraum: _____

4. Vorherige Strahlentherapie

Ja

Nein

Strahlentherapie

☐☐

Region und Dosis (Gy): _____

Zeitraum: _____

Region und Dosis (Gy): _____

Zeitraum: _____

Region und Dosis (Gy): _____

Zeitraum: _____

5. Vorherige nuklearmedizinische Therapie

Ja

Nein

Radium-223-dichlorid

Zeitraum:

☐☐



Hinweis: Cross-Check: nötige Vorbehandlung als Voraussetzung für den Einsatz von Pluvicto®*

ARPI	Ja, Präparat:	Nein
	☐ _____	☐
Taxanbasierte Chemotherapie (Docetaxel)	Ja	Nein
	☐	☐

Nachweis eines aktuellen Progresses	Liegt vor	Fehlt
Liegt ein Progress unter der derzeitigen Therapie vor?	☐	☐
Laborchemisch: PSA-Anstieg (mind. 3 PSA-Werte mit Datum vorhanden)	☐	☐
Bildmorphologisch: z.B. Knochenszintigraphie, CT, MRT, PSMA-PET/CT	☐	☐
Klinisch: ECOG (0-5) und Karnofsky-Index (0-100)	☐	☐
Bewertung Allgemeinzustand (AZ) inkl. Alter und Mobilität des Patienten	☐	☐
Bewertung unzureichendes Ansprechen auf vorheriger taxanbasierter Chemotherapie mit Docetaxel	☐	☐

Tumorboard-Entscheidung

Begründung der Therapieentscheidung	Liegt vor	Fehlt
Protokoll des interdisziplinären Tumorboards	☐	☐

Hinweis: Eine nachvollziehbare Entscheidung der Therapieoption und sorgfältige Begründung für den Einsatz von Pluvicto® sollte dokumentiert werden.

Begründung der Therapieausschlusses	Liegt vor	Fehlt
BRCA-Testung negativ oder Begründung erforderlich, warum eine Behandlung mit PARP-inhibitoren (z.B. Olaparib) nicht möglich ist	☐	☐

Hier können Sie den Therapieausschluss ihres Patienten begründen:

Hinweis: Austausch mit Zuweiser - Urologie/Onkologie - empfohlen, falls Informationen fehlen (Verlaufsdokumentation notwendig für Begründung, warum keine Testung vorgenommen werden konnte).

Begründung erforderlich, warum eine Behandlung mit Cabazitaxel nicht möglich ist	☐	☐
z.B. Niedrige Neutrophile Granulozyten (Neutrophilenzahl kleiner als 1.500/mm ³) ² Schwer eingeschränkte Leberfunktion (Gesamt-Bilirubin > 3-fache ULN) ²		

Hier können Sie den Therapieausschluss ihres Patienten begründen:

* weitere Voraussetzungen für den Einsatz von Pluvicto®: progredientes mCRPC; PSMA-Positivität



Evaluation in der Nuklearmedizin

Patientenaufklärung

Auf Basis des Aufklärungsbogens wurde die Aufklärung und Einwilligung des Patienten dokumentiert	Liegt vor	Fehlt
	☐	☐

Hinweis: Es wird empfohlen, im Rahmen der Patientenaufklärung die Therapiealternativen zu benennen und zu bewerten sowie den Patientenwunsch zu dokumentieren.

Durchführung von Labortests

Gemäß der Fachinformation (4.2)' gilt es, vor und während der Behandlung mit Pluvicto® Labortests durchzuführen	Liegt vor	Fehlt
Hämatologie (Hämoglobin, Leukozytenzahl, absolute Neutrophilenzahl, Thrombozytenzahl)	☐	☐
Nierenfunktion (Serum-Kreatinin, berechnete Kreatinin-Clearance [CLcr])	☐	☐
Leberfunktion (Alanin-Aminotransferase, Aspartat-Aminotransferase, alkalische Phosphatase, Serumalbumin, Gesamtbilirubin)	☐	☐

Therapieverlauf mit Pluvicto®

Hinweis: Das empfohlene Behandlungsschema von Pluvicto® beträgt 7 400 MBq intravenös alle 6 Wochen (± 1 Woche) bis zu einer Gesamtzahl von maximal 6 Dosen, es sei denn, eine Tumorprogression oder inakzeptable Toxizität tritt auf.¹ Wenn Sie eine Verlaufskontrolle zwecks Weiterbehandlung durchführen, empfehlen wir, diese zu dokumentieren.

Hier können Sie den individuellen Therapieverlauf Ihres Patienten begründen:

¹ Fachinformation Pluvicto®.

² Fachinformation Jevtana. https://mein.sanofi.de/produkte/jevtanaindownloads?idrjresources/SPC/0900972f8026f622/data&pdfName=0900972f8026f6223S3-LeiteProstatakarzinom_Version_7.0_Mai_2024: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Prostatakarzinom/Version_7/LL_Prostatakarzinom_Langversion_7.0.pdf (zuletzt aufgerufen am 27.02.2025)

ADT Androgendeprivationstherapie. **AR** Androgenrezeptor. **ARPI** Androgen Receptor Pathway Inhibitors. **ARSI**: Androgen Receptor Signaling Inhibitors. **PSMA** Prostata-spezifisches Membranantigen. **mCRPC** metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom.