

AGSMO-Laufzettel:

Überweisung / Konsil vor antiresorptiver Therapie des Knochens mit Bisphosphonaten oder Denosumab

Patientendaten:.....

Kiefernekrosen-Risiko: ●=gering ●=mittel ●=hoch

Grunderkrankung:

- primäre Osteoporose
- sekundäre/therapieinduzierte Osteoporose
- solider Tumor (Mamma-CA o.a.) ohne ossäre Metastasierung (Prophylaxe; Vermeidung von ossären Metastasen)
- solider Tumor (Mamma-, Prostata-CA o.a.) mit ossärer Metastasierung
- Multiples Myelom

Sonderinformationen:

- Therapie-Dringlichkeit (z.B. Schmerz) hoch / mittel / niedrig
- Therapie-Indikation Tumor kurativ palliativ
- antiresorptive Therapie läuft bereits, seit wann?

Medikation

Bisphosphonat: Präparat.....

- Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat)
- Amino-Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat, Alendronat))
- Applikationsart: ● oral ● i.v. Intervall ca. alle 3 - 6 Mo.
- i.v. Intervall alle 12 Mo. ● i.v. Intervall ca. alle 4 Wo.

Denosumab:

- Applikationsart: ● s.c 60 mg ca. alle 6 Mo.
- s.c 120 mg ca. alle 4 Wo.
- Applikationsdauer, geplant.....
- Präparatwechsel erfolgt, wann? früheres Präparat.....
- geplant, wann? zukünftiges Präparat.....

weitere aktuell vorgesehene (ggf. onkologische) Therapie

- Hormontherapie, welche.....
- Chemotherapie Therapieprotokoll.....
- Antikörpertherapie, welche.....
- Immun-Checkpoint Inhibitortherapie, welche.....
- Cortison, ggf. Therapie-Dauer.....
- Antiangiogenetische Therapie (insbes. Bevacizumab), welche.....
- !! Kopf-Hals-Strahlentherapie (andere Planungszielvolumen nicht eintragen!)
- DosisFraktionierung.....
- Sonstige relevante Medikation.....

Zahnstatus (wird vom Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausgefüllt)

- keine zahnärztliche/chirurgische Therapie notwendig
- kariöse Läsionen Therapie erfolgt
- Implantate ● Periimplantitis Therapie erfolgt
- schleimhautgetragene Prothesen ● Druckstellen Therapie erfolgt
- prothetische Neuversorgung erforderlich, ggf. wann? Therapie erfolgt
- Parodontitis Therapie erfolgt
- andere Keimkontaminationen, welche?..... Therapie erfolgt
- anstehende Zahnentfernungen, ggf. welche / wann? Therapie erfolgt

sonstige Empfehlungen bitte auf der Rückseite vermerken

empfohlene Recall-Intervalle: 3 Mo., 6 Mo., 12 Mo.

Datum: _____ Unterschrift _____

E. Schiegnitz, Mainz; K.A. Grötz, Wiesbaden; www.agsmo.de oder www.onkosupport.de
AGSMO-Laufzettel empfohlen durch die S3-Leitlinie AR-ONJ (007-091; www.awmf.de)

Stempel des Verordnenden

Datum _____ Unterschrift _____

Stempel ZMK / MKG