Centrum Onkologii Bydgoszcz dnia,…..…………………….

im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

ul. Dr I. Romanowskiej 2,

85-796 Bydgoszcz,

Tel.: 52 374 30 00

I część kodu resortowego:

Komórka organizacyjna:…, tel.

VII część kodu resortowego: ……..……..

VIII część kodu resorowego …………….

**SKIEROWANIE NA BADANIE DO**

**ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO DS. LECZENIA RAKA PŁUCA**

Nr historii choroby …………..... Płeć: ……………..

Pacjent: …………………………………………… PESEL:…………………………... Data urodzenia…………………………………

*(nazwisko i imię pacjenta)* (*nr PESEL* ) *(dd-mm-rrrr)*

ADRES: …...………………….…...…:……….… …… -…… ………………………………….Telefon:…..……...…………….…

*(ulica, nr) ( kod pocztowy) (miejscowość)*

KOD ICD-10: ……………………………. Rozpoznanie ………….….………………………..…………...............................................................

*(wg międzynarodowej klasyfikacji) (rozszerzenie rozpoznania)*

**RODZAJ KONSYLIUM:**

* NFZ (ustalenie planu leczenia – tylko pacjenci z C i z kartą DILO na etapie Konsylium);
* LCC (po zakończeniu etapu leczenia – tylko pacjenci z C i z kartą DILO na etapie leczenia);
* Merytoryczne (zaplanowanie dalszego postępowania);

**TNM I STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Obowiązuje od: | Lekarz: |
| Klasyfikacja TNM: |  |
| Stopień zaawansowania: | Stadium zaawansowania: |

**M1 – miejsce przerzutu:**

* Drugie płuco;
* OUN;
* Kości;
* Wątroba;
* Nadnercze;
* Inne

|  |
| --- |
|  |

* brak

**ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE/ CYTOLOGICZNE:**

|  |
| --- |
|  |

**ROZPOZNANIE UZYSKANO Z:**

* Cytologia;
* Histopatologia;

**BADANIA GENETYCZNE:**

* Zlecono
* EGFR, ALK, ROS1;
* PDL-1
* Nie zlecono

**EPIKRYZA/ DODATKOWE INFORMACJE:**

|  |
| --- |
|  |

**PROPONOWANE POSTĘPOWANIE:**

|  |
| --- |
|  |

**Lekarz kierujący:**

……..…………………………….. …………………………………………………….. …………………………................

Nazwisko i imię tytuł zawodowy Nr prawa wykonywania zawodu

……………………………………………………………………………………..………… .……………...……………………

Uzyskane specjalizacje podpis