



.....
(miejscowość,data)



pole tekstowe

ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

pole tekstowe

ROZPOZNANIE USTALONO NA PODSTAWIE:

- ☐ Histopatologia
- ☐ Cytologia
- ☐ Brak (brak możliwości uzyskania materiału do badania HP)
- ☐ Inne (np. cytometria)

pole tekstowe

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI ECOG - WHO:

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

EPIKRYZA/ DODATKOWE INFORMACJE: (Informacje na temat choroby podstawowej, sposobu diagnostyki i dotychczasowego jej leczenia)

pole tekstowe

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE, INNE CHOROBY NOWOTWOROWE (rok + przebyte leczenie). Choroby mające wpływ na planowane leczenie. **ZAŁĄCZYĆ DOKUMENTACJĘ I BADANIA DODATKOWE SPOZA CO.**

pole tekstowe

PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:

POSTĘPOWANIE:

- ☐ Radykalne
- ☐ Paliatywne
- ☐ Diagnostyczne

RODZAJ LECZENIA - SKOJARZONE:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

METODY TERAPEUTYCZNE:

- ☐ Leczenie systemowe:
- ☐ Radioterapia:
 - ☐ Radykalna
 - ☐ Neoadjuwantowa/ indukcyjna



- ☐ Adjuwantowa
- ☐ Paliatywna
- ☐ Brachyterapia
- ☐ Zabieg operacyjny:
 - ☐ Radykalny
 - ☐ Paliatywny
 - ☐ Diagnostyczny
- ☐ Leczenie objawowe (BSC)
- ☐ Ścisła obserwacja/ follow up/ watch and wait
- ☐ Inne (informacja uzupełniająca na temat proponowanego leczenia w tym sposobu follow up):

pole tekstowe

Lekarz kierujący:

.....		
Nazwisko i imię	tytuł zawodowy	Nr prawa wykonywania zawodu
.....		

Uzyskane specjalizacje

podpis