



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO WIELODYSCIPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO
DS. LECZENIA KOBIECEGO UKŁADU ROZRODCZEGO**

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)
- ☐ Zaplanowanie kolejnego etapu leczenia (tylko pacjenci z C i z kartą DILO na etapie leczenia)
- ☐ Merytoryczne (zaplanowanie postępowania/inne niż powyższe)

CHARAKTER KOMISJI:

- ☐ Z udziałem chorego
- ☐ Zaoczna

TNM I STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO/FIGO:

Obowiązuje od:	Lekarz:
Klasyfikacja TNM:	Klasyfikacja dodatkowa:
Stopień zaawansowania:	Stadium zaawansowania:
	FIGO:

M1 - MIEJSCE PRZERZUTU:

- ☐ Brak (M0)
- ☐ Płuca/opłucna
- ☐ OUN
- ☐ Kości
- ☐ Wątroba
- ☐ Nadnercze
- ☐ Inne - pole tekstowe

pole tekstowe

AKTUALNE BADANIE GINEKOLOGICZNE:

pole tekstowe

PROTOKÓŁ OPERACYJNY (ZAŁĄCZYĆ PROTOKÓŁ OPERACYJNY SPOZA CO):

- ☐ Tak
- ☐ Nie

**WYKONANE BADANIA OBRAZOWE I INNE UZUPEŁNIAJĄCE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO:
PŁYTY/OBRAZY + OPISY):**



- ☐ RTG klatki piersiowej
- ☐ TK klatki piersiowej (z kontrastem)
- ☐ TK jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ RM jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ 18F-FDG PET/CT
- ☐ Scyntygrafia kości
- ☐ RM/TK głowy (z kontrastem)
- ☐ USG jamy brzusznej
- ☐ Inne

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)

BADANIA PREDYKCYJNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

- ☐ Zlecono
 - ☐ Mutacja POLE
 - ☐ Mutacja p53
 - ☐ MMR/MSI
 - ☐ NSMP
 - ☐ BRCA1/BRCA2/HRD
 - ☐ Inne

pole tekstowe

- ☐ Nie zlecono

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



KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA:

- ☐ Tak
- ☐ ASA I
 - ☐ ASA II
 - ☐ ASA III
 - ☐ ASA IV
 - ☐ ASA V
 - ☐ Brak kwalifikacji

☐ Nie

PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:

POSTĘPOWANIE:

- ☐ Radykalne
- ☐ Paliatywne
- ☐ Diagnostyczne

RODZAJ LECZENIA - SKOJARZONE:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

METODY TERAPEUTYCZNE:

- ☐ Leczenie systemowe:
 - ☐ Neoadjuwantowe/ indukcyjne
 - ☐ Adjuwantowe
 - ☐ Paliatywne
- ☐ Radioterapia:
 - ☐ Radykalna
 - ☐ Neoadjuwantowa/ indukcyjna
 - ☐ Adjuwantowa
 - ☐ Paliatywna
- ☐ Brachyterapia
- ☐ Zabieg operacyjny:
 - ☐ Radykalny
 - ☐ technika robotowa
 - ☐ technika laparoskopowa
 - ☐ technika klasyczna
 - ☐ 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