



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO WIELODYSCIPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO
DS. LECZENIA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI**

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

CHARAKTER KOMISJI:

- ☐ Z udziałem chorego
- ☐ Zaoczna

TNM I STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO:

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

M1 – miejsce przerzutu:

- ☐ Brak (M0)
- ☐ Płuca/węzły chłonne śródpiersia
- ☐ Kości
- ☐ Wątroba
- ☐ Inne

pole tekstowe

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

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

pole tekstowe



ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

pole tekstowe

OGNISKO:

- ☐ Pierwotne (ocena stopnia złośliwości):

- ☐ G1
☐ G2
☐ G3
☐ G4

- ☐ Margines pooperacyjny:

- ☐ R0
☐ R1
☐ R2
☐ RX

- ☐ Wtórne - przerzut z:

pole tekstowe

- ☐ Wznowa

DOTYCHCZASOWE LECZENIE:

- ☐ Brak

- ☐ Operacja (data, rodzaj, **ZAŁĄCZYĆ PROTOKÓŁ OPERACYJNY SPOZA CO**):

pole tekstowe

- ☐ Leczenie systemowe (data ostatniego podania, rodzaj)

pole tekstowe

- ☐ Radioterapia (data, podać dawkę)

pole tekstowe

ROZPOZNANIE USTALONO NA PODSTAWIE:

- ☐ Histopatologia
☐ Cytologia
☐ Brak (brak możliwości uzyskania materiału do badania HP)

BADANIA PREDYKCYJNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

- ☐ Zlecono

- ☐ p16 (HPV)
☐ CPS/PDL-1
☐ Ki67
☐ Inne

pole tekstowe

- ☐ Nie zlecono

STOPIEŃ SPRAWNOŚCI ECOG - WHO:

- ☐ 0



- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

PACJENT WYMAGA ZAŁOŻENIA DOSTĘPU ŻYWIENIOWEGO (OKREŚLIĆ RODZAJ):

- ☐ Tak

pole tekstowe

- ☐ Nie

STAN ODŻYWIENIA (NRS 2002)

pole tekstowe

PACJENT WYMAGA ZAŁOŻENIA TRACHEOSTOMY:

- ☐ Tak

pole tekstowe

- ☐ Nie

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.**

- ☐ Cukrzyca
- ☐ Niewydolność nerek
- ☐ Niedosłuch
- ☐ Stan po implantacji stymulatora serca
- ☐ Inne (informacje uzupełniające)

pole tekstowe

PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:

POSTĘPOWANIE:

- ☐ Radykalne
- ☐ Paliatywne
- ☐ Diagnostyczne



RODZAJ LECZENIA - SKOJARZONE:

- ☐ Tak
☐ Nie

METODY TERAPEUTYCZNE:

- ☐ Leczenie systemowe:
- ☐ Neoadjuwantowe/ indukcyjne
 - ☐ Adjuwantowe
 - ☐ Paliatywne
- ☐ Radioterapia:
- ☐ Radykalna
 - ☐ 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