



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO WIELODYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO
DS. LECZENIA NOWOTWORÓW KŁATKI PIERSIOWEJ**

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: 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:

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

M1 – miejsce przerzutu:

- ☐ Brak (M0)
- ☐ Drugie płuco
- ☐ Opłucna/osierdzie
- ☐ OUN
- ☐ Kości
- ☐ Wątroba
- ☐ Nadnercze
- ☐ Inne

pole tekstowe

**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 (w przypadku kwalifikacji do leczenia radykalnego)
- ☐ Scyntygrafia kości
- ☐ RM/TK głowy (z kontrastem)
- ☐ USG jamy brzusznej
- ☐ Bronchoskopia
- ☐ 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
 - ☐ Badania genetyczne (NGS)
 - ☐ PD-L1
 - ☐ 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

