



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....  
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE  
DO WIELODYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO  
DS. LECZENIA NOWOTWORÓW OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO**

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 (z kartą DILO na etapie leczenia)
- ☐ Merytoryczne (zaplanowanie postępowania/inne niż powyższe)

**CHARAKTER KOMISJI:**

- ☐ Z udziałem chorego
- ☐ Zaoczna

**JEŚLI PRZERZUT Z INNEJ LOKALIZACJI DO OUN:**

**TNM I STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO:**

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

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

- ☐ RM głowy (z kontrastem)
- ☐ TK głowy (z kontrastem)
- ☐ RM kręgosłupa (z kontrastem):
  - ☐ odcinek szyjny
  - ☐ odcinek piersiowy
  - ☐ odcinek lędźwiowo - krzyżowy
- ☐ PET/CT
- ☐ TK klatki piersiowej (z kontrastem)
- ☐ TK jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ MR jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ Scyntygrafia kości
- ☐ USG jamy brzusznej
- ☐ Konsultacje specjalistyczne
- ☐ Inne

pole tekstowe

**ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):**

pole tekstowe

**OGNIKO:**

- ☐ Pierwotne w OUN:
  - ☐ G1
  - ☐ G2
  - ☐ G3
  - ☐ G4
- ☐ Wtórne w OUN - przerzut z:
  - ☐ Płuca
  - ☐ Piersi
  - ☐ Jelita grubego
  - ☐ Skóry (czerniak)
  - ☐ Inne

pole tekstowe

**ROZPOZNANIE USTALONO NA PODSTAWIE:**

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

**BADANIA PREDYKCYJNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):**

- ☐ Nie zlecono
- ☐ Zlecono:

| PRZERZUTY                      | GLEJAKI                                 | OPONIAKI                                |
|--------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> KRAS  | <input type="checkbox"/> IDH1           | <input type="checkbox"/> NF2            |
| <input type="checkbox"/> BRAF  | <input type="checkbox"/> IDH2           | <input type="checkbox"/> TERT           |
| <input type="checkbox"/> HER2  | <input type="checkbox"/> TERT           | <input type="checkbox"/> DELECJA 1p/19q |
| <input type="checkbox"/> EGFR  | <input type="checkbox"/> EGFR           | <input type="checkbox"/> CDKN2A/B       |
| <input type="checkbox"/> ROS   | <input type="checkbox"/> CDKN2A/B       | <input type="checkbox"/> SMO            |
| <input type="checkbox"/> ALK   | <input type="checkbox"/> CHROMOSOM 7/10 | <input type="checkbox"/> AKT1           |
| <input type="checkbox"/> ER    | <input type="checkbox"/> MGMT           |                                         |
| <input type="checkbox"/> PR    | <input type="checkbox"/> BRAF           |                                         |
| <input type="checkbox"/> PDL-1 | <input type="checkbox"/> DELECJA 1p/19q |                                         |

- ☐ Inne

pole tekstowe

**STOPIEŃ SPRAWNOŚCI ECOG - WHO:**

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

**DDOTYCHCZASOWE LECZENIE ONKOLOGICZNE:**

- ☐ Brak
- ☐ OPERACJA (rodzaj zabiegu i data):

pole tekstowe

- ☐ LECZENIE SYSTEMOWE (linia leczenia, rodzaj leczenia i data ostatniego podania):

pole tekstowe



☐ RADIOTERAPIA (rodzaj leczenia i data):

pole tekstowe

**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

**AKTUALNE LEKI:**

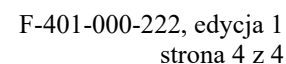
- ☐ Leki sterydowe
- ☐ Przeciwpadaczkowe
- ☐ Inne, związane z rozpoznaniem

pole tekstowe

**AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI:**

- ☐ Brak
- ☐ Uszkodzenie nerwów czaszkowych
- ☐ Bóle głowy
- ☐ Bóle kręgosłupa
- ☐ Napady padaczkowe
- ☐ Niedowład/porażenie
  - ☐ Prawostronny
  - ☐ Lewostronny
- ☐ Drżenie kończyn
  - ☐ Dolnych
  - ☐ Górnych
- ☐ Obrzęki kończyn:
  - ☐ Dolnych
  - ☐ Górnych
- ☐ Zaburzenia widzenia
- ☐ Zaburzenia mowy
- ☐ Zaburzenia pamięci
- ☐ Zaburzenia świadomości
- ☐ Zaburzenia orientacji
- ☐ Zaburzenia słuchu
- ☐ Zaburzenia równowagi
- ☐ Problemy z poruszaniem
- ☐ Inne:

pole tekstowe



**POSTĘPOWANIE:**

- ☐ Radykalne
- ☐ Paliatywne
- ☐ Diagnostyczne

☐ Tak ☐ Jednoczasowe  
☐ Nie ☐ Sekwencyjne

- ☐ Leczenie systemowe:
- ☐ Radioterapia:
  - ☐ Konwencjonalna
  - ☐ Stereotaktyczna
- ☐ Zabieg operacyjny
- ☐ Biopsja
- ☐ 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