



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO WIELODYSCIPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO
DS. LECZENIA NOWOTWORÓW PIERSI**

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)
- ☐ BCU/KON: zaplanowanie kolejnego etapu leczenia (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/opłucna
- ☐ OUN
- ☐ Kości
- ☐ Wątroba
- ☐ Nadnercze
- ☐ Inne

pole tekstowe

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

- ☐ Mammografia
 - ☐ Standardowa
 - ☐ Spektralna (rak zrazikowy, zamiennie z MR piersi)
 - ☐ Tomosynteza (trójwymiarowa mammografia cyfrowa)
- ☐ USG piersi i dołów pachowych
- ☐ RM piersi (obowiązkowo przy raku zrazikowym z wyjątkiem kwalifikacji do mastektomii)
- ☐ MR/TK głowy (z kontrastem)
- ☐ RTG klatki piersiowej
- ☐ TK klatki piersiowej
- ☐ TK jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ RM jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)
- ☐ Scyntygrafia kości



- ☐ USG jamy brzusznej
☐ Inne

pole tekstowe

ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

pole tekstowe

ROZPOZNANIE USTALONO NA PODSTAWIE:

- ☐ Histopatologia
 ☐ ER
 ☐ PR
 ☐ HER2
 ☐ Ki67
☐ Cytologia /Histopatologia (potwierdzenie cechy N)
☐ Brak (brak możliwości uzyskania materiału do badania HP)

BADANIA PREDYKCYJNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

- ☐ Zlecono
 ☐ Badania genetyczne (NGS);
 ☐ PD-L1 (obowiązkowo w TNBC z rozsiewem)
 ☐ 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

ZAŁOŻONY ZNACZNIK DO GUZA:

- ☐ Tak

