



Nazwa jednostki kierującej (pieczęć)

.....
(miejscowość, data)

**SKIEROWANIE
DO WIELODYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO
DS. LECZENIA NOWOTWORÓW PRZEWODU POKARMOWEGO I JAMY BRZUSZNEJ**

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)
- ☐ KON: zaplanowanie kolejnego etapu leczenia (tylko pacjenci z C18, C19, C20, C21 z kartą DIŁO na etapie leczenia)
- ☐ Merytoryczne (zaplanowanie postępowania/inne niż powyższe)

OBEcNOŚĆ NA KOMISJI (zgłoszenie konieczności obecności danego specjalisty):

- ☐ Endokrynolog
- ☐ Radiolog
- ☐ Specjalista medycyny nuklearnej
- ☐ Inny specjalista:

pole tekstowe

CHARAKTER KOMISJI:

- ☐ Z udziałem chorego
- ☐ Zaoczna

TNM I STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO:

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

BCLC (rak wątrobowokomórkowy)

- ☐ Tak
 - ☐ 0
 - ☐ A
 - ☐ B
 - ☐ C
 - ☐ D

☐ Nie

KWALIFIKACJA CHILDA-PUGCHA (rak wątrobowokomórkowy)

- ☐ Tak
 - ☐ A
 - ☐ B
 - ☐ C

☐ Nie

M1 – miejsce przerzutu:

- ☐ Brak (M0)
- ☐ Płuca/opłucna
- ☐ OUN
- ☐ Kości
- ☐ Wątroba



- ☐ Nadnercze
☐ Inne

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):

- ☐ Gastroskopia
☐ Kolonoskopia
☐ 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 receptorów somatostatyny (SRS – rakowiaki)
☐ Scyntygrafia kości
☐ RM/TK głowy (z kontrastem)
☐ USG jamy brzusznej
☐ Inne

pole tekstowe

ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

pole tekstowe

ROZPOZNANIE UZYSKANO NA PODSTAWIE:

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

BADANIA PREDYKCYJNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):

- ☐ Badania genetyczne/ immunohistochemiczne (w przypadku choroby nieresekcyjnej i/lub rozsianej)
☐ KRAS
☐ NRAS
☐ BRAF (V600)
☐ NTRK
☐ MSI/MMR
☐ HER2
☐ PD-L1
☐ 5-HIAA (zespół rakowiaka)
☐ 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

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