



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)
- ☐ RM kręgosłupa (z kontrastem):
  - ☐ odcinek szyjny
  - ☐ odcinek piersiowy
  - ☐ odcinek lędźwiowo - krzyżowy
- ☐ PET/CT
- ☐ Inne

**pole tekstowe****ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (ZAŁĄCZYĆ BADANIA WYKONANE POZA CO):****pole tekstowe****OGNIKO:**

- ☐ Pierwotne:
  - ☐ G1
  - ☐ G2
  - ☐ G3
  - ☐ G4



- ☐ Wtórne:
- ☐ Płuca
  - ☐ Piersi
  - ☐ Jelita grubego
  - ☐ Skóry (czerniak)
  - ☐ Inne

pole tekstowe

**ROZPOZNANIE USTALONO NA PODSTAWIE:**

- ☐ Histopatologia
- ☐ Cytologia
- ☐ Brak potwierdzenia patomorfologicznego

**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

**PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:**

**POSTĘPOWANIE:**

- ☐ Radykalne
- ☐ Paliatywne
- ☐ Diagnostyczne

**RODZAJ LECZENIA - SKOJARZONE:**

- ☐ Tak
  - ☐ Jednoczasowe
  - ☐ Sekwencyjne
- ☐ Nie

**METODY TERAPEUTYCZNE:**

- ☐ 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

Niniejszy dokument stanowi własność Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone.