

Ankieta oceny realizacji Planu Leczenia Onkologicznego (PLO)

Art. 8.2.6) Ustawy z dnia 9 marca 2023 o Krajowej Sieci Onkologicznej, Dz.U. 2023 poz. 650

SOLO I:

- ☐ SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. L. BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU
- ☐ SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W BYDGOSZCZY
- ☐ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCŁAWKU

DANE PACJENTA:

numer ID nadany w CO (SOLO III): _____

PESEL: _____

TERMINY:

Data WZT (dd/mm/rrr) __/__/____

Data rozpoczęcia leczenia (dd/mm/rrr) __/__/____

☐ Leczenie/ I etap leczenia rozpoczęto w ciągu 14 dni od WZT

☐ Leczenie/ I etap leczenia rozpoczęto po 14 dniach od WZT

Data zakończenia leczenia/ I etapu leczenia (dd/mm/rrr) __/__/____

LECZENIE:

I etap leczenia zrealizowano w:

☐ SOLO I

☐ SOLO II

☐ SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. J. BIZIELA W BYDGOSZCZY

☐ SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. A. JURASZA W BYDGOSZCZY

☐ 10. WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ W BYDGOSZCZY

☐ KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY

☐ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA W TORUNIU

☐ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU

☐ REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁ. BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU

☐ SOLO III

☐ INNY PODMIOT LECZNICZY (NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO)

.....

Realizacja PLO:

☐ Zgodnie z decyzją WZT

☐ Niezgodnie z decyzją WZT (określić odstępstwa i podać przyczynę)

.....

.....



Powikłania w trakcie leczenia:

- ☐ Nie wystąpiły
- ☐ Wystąpiły (podać rodzaj powikłania)

DALSZE POSTĘPOWANIE (po zakończeniu leczenia/I etapu leczenia):

- ☐ Obserwacja (follow-up)
- ☐ Skierowano na kolejny etap leczenia ustalony w trakcie pierwotnego WZT (podać rodzaj i miejsce leczenia)
.....
- ☐ Skierowano na kolejne WZT celem ustalenia dalszego postępowania
- ☐ Inne niż powyżej (zgon pacjenta, przerwanie leczenia przez pacjenta, powikłania uniemożliwiające kontynuację leczenia onkologicznego)

.....
Data, pieczęć i podpis osoby wypełniającej

Objaśnienia do ankiety:

1. Ankiety wypełniają ośrodki SOLO I z województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie Art. 8.2.6) Ustawy z dnia 9 marca 2023 o Krajowej Sieci Onkologicznej.
2. Ankieta dotyczy wszystkich pacjentów SOLO I, dla których SOLO III zrealizował WZT (Wielodyscyplinarny Zespół Terapeutyczny) i ustalił PLO (Plan Leczenia Onkologicznego).
3. Ankiety nie należy wypełniać, jeżeli WZT nie zakwalifikował pacjenta do leczenia przyczynowego.
4. Decyzję o tym, kto wypełni ankietę podejmuje ośrodek SOLO I (może to być lekarz prowadzący leczenie w SOLO I lub koordynator pacjenta/koordynator opieki onkologicznej na podstawie dokumentacji medycznej SOLO I i/lub informacji od lekarza prowadzącego).
5. Ankiety należy wypełnić niezwłocznie po zakończeniu leczenia onkologicznego pacjenta i przesłać do SOLO III najpóźniej w ciągu 14 dni od zakończenia leczenia/etapu leczenia
6. W przypadku skierowania pacjenta z SOLO I do innego ośrodka na leczenie (I etap leczenia) koordynator pacjenta uzyskuje wszystkie informacje niezbędne do wypełnienia ankiety od ośrodka leczącego SOLO II.
7. W przypadku gdy I etap leczenia odbywał się w SOLO III brakujące elementy ankiety zostaną uzupełnione przez SOLO III (koordynator pacjenta/koordynator opieki onkologicznej) i podpisane przez pracownika SOLO III.

