

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM NECHIRURGICKÁ LIEČBA

ROK 2020

* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia	
Rok spracovania:	2 0 2 0*
Mesiac spracovania:	*
IČO (8 znakov):	*
Kód PZS:	*
Názov zariadenia:	*
Vyplnil (meno a priezvisko lekára):	*
Telefónne číslo:	*
Dátum vyplnenia:	*
E-mail:	*
1 Identifikačné údaje pacienta	
Meno:	*
Priezvisko:	*
Rodné číslo:	*
Trvalé bydlisko (obec):	*
Evidenčné číslo pacienta:	*
(ak ho vo vašom zariadení pridelujete pacientovi, viď metodika)	
1. Pri registrácii súčasného (novodiagnostikovaného) nádorového ochorenia	
2. Pri registrácii iného nádorového ochorenia v minulosti	
Pohlavie:	1-muž 2-žena <input type="checkbox"/>
2 Nechirurgická liečba	
Klasifikácia ochorenia (kód dg. MKCH-10)	*
Rádioterapia	Dátum začatia liečby: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Typ: 1-fotónová (zahŕňa aj elektrónovú a povrchovú) 2-protónová 9-neznáme	
3-fotónová a brachyterapia 4-brachyterapia 0-iná <input type="checkbox"/>	
Rozsah:	
1-rádioterapia primárneho tumoru 2-rádioterapia regionálnych lymfatických uzlín	
3-rádioterapie primárneho tumoru a regionálnych lymfatických uzlín	
4-rádioterapia s iným cieľovým objemom (zahŕňa ožiarenie vzdialených metastáz, celého tela a pod.) <input type="checkbox"/>	
Cieľ rádioterapie: 1-kuratívny 2-paliatívny 3-pacient odmietol liečbu 9-neznámy 0-iný <input type="checkbox"/>	
Konkomitantná chemoterapia	
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Chemoterapia	Dátum začatia liečby: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (iba 1. cyklus)
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Charakter liečby: 1-predoperačná 2-pooperačná 3-predoperačná a pooperačná 4-samostatná - bez operácie 0-iná <input type="checkbox"/>	
Cieľ chemoterapie: 1-kuratívny 2-paliatívny 3-pacient odmietol liečbu 9-neznámy 0-iný <input type="checkbox"/>	
Hormonálna terapia	Dátum začatia liečby: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Cieľ hormonálnej liečby: 1-kuratívny 2-paliatívny 3-pacient odmietol liečbu 9-neznámy 0-iný <input type="checkbox"/>	
Imunoterapia	Dátum začatia liečby: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Iná terapia (iba iná terapia/aj iná terapia)	
1-áno 2-nie 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Aká? <input type="checkbox"/>	uveď slovné; napr. transplantácia kostnej drene, iba symptomatická liečba, ...
Poznámka (doplňujúce informácie o pacientovi eventuálne vyjadrenie, ak nepostačujú ponúkané možnosti):	

Odoslané:

Pečiatka, podpis: