

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM NECHIRURGICKÁ LIEČBA

ROK 2021

* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia	
Rok spracovania:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Mesiac spracovania:	<input type="text"/> *
IČO (8 znakov):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Kód PZS:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Názov zariadenia:	<input type="text"/> *
Vyplnil (meno a priezvisko lekára):	<input type="text"/> *
Telefónne číslo:	<input type="text"/>
Dátum vyplnenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
E-mail:	<input type="text"/>

1 Identifikačné údaje pacienta	
Meno:	<input type="text"/> *
Priezvisko:	<input type="text"/> *
Rodné číslo:	<input type="text"/> *
Trvalé bydlisko (obec):	<input type="text"/> *
Evidenčné číslo pacienta:	(ak ho vo vašom zariadení pridelujete pacientovi, viď metodika)
1. Pri registrácii súčasného (novodiagnostikovaného) nádorového ochorenia	<input type="text"/>
2. Pri registrácii iného nádorového ochorenia v minulosti	<input type="text"/>
Pohlavie:	1-muž <input type="checkbox"/> 2-žena <input type="checkbox"/>

2 Nechirurgická liečba	
Klasifikácia ochorenia (kód dg. MKCH-10)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> *
Rádioterapia	Dátum začatia liečby: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Typ: 1-fotónová (zahŕňa aj elektrónovú a povrchovú) <input type="checkbox"/> 2-protónová <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
3-fotónová a brachyterapia <input type="checkbox"/> 4-brachyterapia <input type="checkbox"/> 0-iná <input type="checkbox"/>	
Rozsah:	
1-rádioterapia primárneho tumoru <input type="checkbox"/> 2-rádioterapia regionálnych lymfatických uzlín <input type="checkbox"/>	
3-rádioterapie primárneho tumoru a regionálnych lymfatických uzlín <input type="checkbox"/>	
4-rádioterapia s iným cieľovým objemom (zahŕňa ožiarenie vzdialených metastáz, celého tela a pod.) <input type="checkbox"/>	
Cieľ rádioterapie:	1-kuratívny <input type="checkbox"/> 2-paliatívny <input type="checkbox"/> 3-pacient odmietol liečbu <input type="checkbox"/> 9-neznámy <input type="checkbox"/> 0-iný <input type="checkbox"/>
Konkomitantná chemoterapia	
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Chemoterapia	Dátum začatia liečby: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (iba 1. cyklus)
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Charakter liečby:	
1-predoperačná <input type="checkbox"/> 2-pooperačná <input type="checkbox"/> 3-predoperačná a pooperačná <input type="checkbox"/> 4-samostatná - bez operácie <input type="checkbox"/> 0-iná <input type="checkbox"/>	
Cieľ chemoterapie:	1-kuratívny <input type="checkbox"/> 2-paliatívny <input type="checkbox"/> 3-pacient odmietol liečbu <input type="checkbox"/> 9-neznámy <input type="checkbox"/> 0-iný <input type="checkbox"/>
Hormonálna terapia	Dátum začatia liečby: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Cieľ hormonálnej liečby:	1-kuratívny <input type="checkbox"/> 2-paliatívny <input type="checkbox"/> 3-pacient odmietol liečbu <input type="checkbox"/> 9-neznámy <input type="checkbox"/> 0-iný <input type="checkbox"/>
Imunoterapia	Dátum začatia liečby: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Iná terapia (iba iná terapia/aj iná terapia)	1-áno <input type="checkbox"/> 2-nie <input type="checkbox"/> 9-neznáme <input type="checkbox"/>
Aká?	<input type="text"/>

Poznámka (doplňujúce informácie o pacientovi eventuálne vyjadrenie, ak nepostačujú ponúkané možnosti):

Odoslané:

Pečiatka, podpis: