Załącznik nr 1

Dane pacjenta:

Imię: ..... Nazwisko: ..... PESEL: .....
(Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

....., dnia ..... r.

OŚWIADCZENIE

Zasady Pilotażu

1. Pilotaż - program którego celem jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej na terenie wybranych województw
2. Pilotażem zostają objęci pacjenci (dalej: Świadczeniobiorcy), u których w okresie realizacji Pilotażu rozpoznano nowotwór złośliwy: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi, płuca, wtórny płuc (C78.0) lub przedinwazyjny rak piersi DCIS (D05).
3. W ramach Pilotażu zbierane są informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej, profilaktyce, a także satysfakcji pacjentów i ich analiza.
4. Oczekiwanymi efektami pilotażu są poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia onkologicznego oraz wzrost poziomu satysfakcji pacjenta.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższymi informacjami i wyrażam zgodę na objęcie pilotażem opieki w ramach sieci onkologicznej, zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. 2018, poz. 2423 z późn. zm.). Niniejsza zgoda ma zastosowanie wyłącznie w przypadku potwierdzenia u mnie nowotworu złośliwego, w tym także, w wyniku przeprowadzonego w oddziale, zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

Oświadczam, że zostałem poinformowana/y o zasadach obsługi, przysługujących mi prawach i obowiązkach oraz o zakresie realizowanych świadczeń w ramach programu pilotażowego.

.....
Data i podpis pacjenta

Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych w pilotażu

1. Administratorem danych osobowych jest .....
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji celów zdrowotnych tj. profilaktyka zdrowotna, udzielanie świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), w tym prowadzenie dokumentacji medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego.
3. Podanie danych osobowych w celu realizacji świadczeń medycznych jest obligatoryjne na mocy odrębnych przepisów prawa. Podanie danych dodatkowych (np. nr tel., email) na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i przysługuje mi możliwość jej modyfikacji albo wycofania w każdym czasie.
4. Pełne Informacje o przetwarzaniu danych osobowych i prawach świadczeniobiorców dostępne są na stronie internetowej ..... w zakładce Ochrona danych osobowych.

Oświadczam, że zostałem poinformowana/y o warunkach i zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym danych medycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych w zakresie niezbędnym do realizacji założeń programu pilotażowego sieci onkologicznej oraz przekazywania tych danych pomiędzy Ośrodkami Współpracującymi, Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym oraz Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
Data i podpis pacjenta

Załącznik nr 2

Formularz zgłoszeniowy **(pomocna numeracja według KARTY DILO**)

(AC.1) Dane Pacjenta

- Nazwisko i Imię.:

- Pesel:

- Adres zamieszkania:

- Nr telefonu:

- skierowanie do poradni (przy braku DILO):

Nr KOD kresowy

- Nr karty DILO:

(AA) Data sporządzenia karty DILO:

(AB) Świadczeniodawca

- nazwa jednostki, która wydała kartę DILO: *menu rozwijane

(BC) Dane lekarza(B4)

- Lekarz wystawiający kartę DILO:

- Nr prawa wykonywania zawody przez lekarza wyst. kartę DILO:

(BA.1) Podejrzenie

- Kod jednostki chorobowej: *słownik – menu rozwijane

(BB) Dalsze postępowanie

Skierowanie na jaką diagnostykę : *menu rozwijane

* skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej w zakresie

* skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej w zakresie:

* skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale:

* skierowanie na diagnostykę wstępną przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych w poradni specjalistycznej w zakresie:

Przekazano (nazwa jednostki):

Wizyta odbyła się/ nie odbyła się (data):

UWAGI:

Pobranie pełnych informacji skraca czas drogi pacjenta na wizytę!!!

W przypadku gdy dzwoniący pacjent nie jest wstanie podać wszystkich powyższych informacji, rejestratorka pobiera tylko dane podstawowe (tj. nazwisko i imię, pesel ,adres i telefon zaznaczając w systemie w uwagach, że jest pakiet – wtedy dane te zostają uzupełnione przed wizytą przy zgłoszeniu się pacjenta do rejestracji co jest przy rej. telefonicznej bezwzględnym wymogiem).

Jeśli zdarzy się pacjent nie posiadający karty DILO rejestratora pobiera dane podstawowe oraz dane ze skierowania

Załącznik nr 3

ANKIETA – JELITO GRUBE

Data wypełnienia……

I. METRYCZKA

1. PESEL:
2. Wzrost …… 3. Waga ……
4. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ pracownik umysłowy ☐ pracownik fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt ☐ rencista ☐ inne
5. Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zasadnicze. zawodowe ☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe

II. UWARUNKOWANIA FIZJOLOGICZNE, PROFILAKTYKA PIERWOTNA, CZYNNIKI RYZYKA

6. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?
   - ☐ nie
   - ☐ tak, od …… lat

7. Czy stwierdzono u Pani/Pana otyłość
   - ☐ nie
   - ☐ tak

8. Czy pali Pani/Pan papierosy
   - ☐ nie
   - ☐ w przeszłości, nie palę od …… lat
   - ☐ tak, od ….. lat, ……. papierosów dziennie
   - ☐ tak, jestem narażona/narażony na bierne palenie.

9. Jak często spożywa Pani/Pan wyroby alkoholowe:
   - ☐ nie spożywam
   - ☐ okazjonalnie
   - ☐ 1-2 razy w tygodniu
   - ☐ 3-4 razy w tygodniu
   - ☐ codziennie

10. Jak często spożywa Pani/Pan owoce i/lub warzywa:
    - ☐ kilka razy dziennie
    - ☐ raz dziennie
    - ☐ kilka razy w tygodniu
    - ☐ raz w tygodniu
    - ☐ rzadziej

11. Jak często podejmuje Pani/Pan ćwiczenia fizyczne usprawniające ciało
    - ☐ nie ćwiczę
    - ☐ ćwiczę codziennie
    - ☐ ćwiczę raz w tygodniu
    - ☐ ćwiczę kilka razy w tygodniu
    - ☐ ćwiczę raz w miesiącu
    - ☐ ćwiczę kilka razy w miesiącu

12. Czy spotkała się Pani/spotkał się Pan wcześniej z informacją o profilaktyce i zdrowym stylu życia
    - ☐ nie
    - ☐ tak

III. UWARUNKOWANIA GENETYCZNE

13. Czy jest Pani/Pan nosicielem mutacji genetycznej:
    - ☐ nie
    - ☐ tak
    - ☐ nie wiem

14. Czy u Pani/Pana krewnych wystąpił rak jelita grubego lub inny nowotwór?

u matki/ojca	☐ nie	☐ tak, rak jelita grubego, w wieku……	☐ tak, inny nowotwór……
u siostry/brata	☐ nie	☐ tak, rak jelita grubego, w wieku……	☐ tak, inny nowotwór……
u córki/syna	☐ nie	☐ tak, rak jelita grubego, w wieku……	☐ tak, inny nowotwór……

u innych krewnych (podać nowotwór oraz pokrewieństwo): .....

15. Czy u Pani/Pana krewnych wystąpił inny nowotwór, niż rak jelita?

☐ nie

☐ tak

Jeżeli tak, proszę napisać jaki rak?.....

Jaki stopień pokrewieństwa.....

IV. PROFILAKTYKA WTÓRNA, OBJAWY NOWOTWORU, WYKONANE BADANIA, INTERW. MEDYCZNE

16. Czy stosuje Pani/Pan hormonalną terapię zastępczą?

☐ nie

☐ dawniej

☐ tak, obecnie

☐ tak, powyżej 5 lat .....

17. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przewlekle przyjmował(a) Pani/Pan:

kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna, Polocard)

☐ nie

☐ tak

☐ nie pamiętam

jeden z leków zmniejszających ilość kwasu żołądkowego zawierającego prazol, typu: Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol

☐ nie

☐ tak

☐ nie pamiętam

18. Czy przeprowadzono u Pani/Pana zabieg w obrębie brzucha lub jelita grubego?

☐ nie

☐ tak

19. Czy wykonano u Pani/Pana badanie jelita grubego?

☐ nie

☐ tak

jeśli tak, to w którym roku było ostatnie badanie? .....

jeśli tak, to ile było wszystkich kolonoskopii? .....

jeśli tak, to czy kolonoskpię wykonano w ramach programu profilaktycznego

☐ nie ☐ tak ☐ nie pamiętam

20. Czy wiedziała Pani/wiedział Pan o możliwości wykonania badań profilaktycznych (w tym kolonoskopia)?

☐ nie ☐ tak:

☐ od lekarza POZ

☐ od lekarza specjalisty

☐ od położnej lub pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej

☐ z prasy, radio, telewizji, Internetu

☐ inne źródła, jakie? .....

21. Jaki był pierwszy objaw choroby

☐ krew w stolcu ☐ ból brzucha ☐ niedokrwistość ☐ brak objawów

☐ inne, jakie?: .....

22. Po jakim czasie od pierwszych objawów zgłosiła się Pani/zgłosił się Pan do lekarza?

Zgłosiłam/zgłosiłem się po około (proszę podać liczbę tygodni) ..... tygodniach

23 Po jakim czasie od podejrzenia choroby rozpoczęto diagnostykę?

Pierwsza badania diagnostyczne były po około (proszę podać liczbę tygodni)..... tygodniach

Załącznik nr 4

Odbytnica i esica: MR miednicy:
Data badania:
Data wyniku:
Dane na skierowaniu: zmiany w badaniu endoskopowym, wynik hist/pat.

Badanie wykonano u Pacjenta / Pacjentki z rozpoznaniem ca odbytnicy / esicy.
Badania poprzednie do porównania oraz kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.

Guz
- o polipowaty
- o obejmujący cały obwód jelita
- o obejmujący …..% obwodu jelita od strony

położony w
- o górnej
- o środkowej
- o dolnej części odbytnicy
- o esicy

Odległość dolnego bieguna guza względem górnego brzegu zwieraczy (kąta odbytowo - odbytniczego) ….. cm
Zasięg guza w wymiarze kraniokaudalnym ….. cm
Zajęcie odbytu
- o tak
- ▪ kanał
- ▪ zwieracze
- o nie

Położenie guza w odniesieniu do załamka otrzewnej
- o poniżej
- o sięga powyżej załamka otrzewnej

Cechy guza śluzowego
- o tak
- o nie

Cecha T
- • T1 – ograniczony do błony śluzowej
- • T2 – zajęcie błony mięśniowej właściwej
- • T3a – naciekanie tkanki tłuszczowej mezorektum na głębokość < 1 mm
- • T3b – naciekanie tkanki tłuszczowej mezorektum na głębokość 1 – 5 mm
- • T3c – naciekanie tkanki tłuszczowej mezorektum na głębokość 5 - 15 mm
- • T3d – naciekanie tkanki tłuszczowej mezorektum na głębokość > 15 mm
- • T4a – przekraczanie otrzewnej trzewnej
- • T4b – naciekanie sąsiednich narządów
- o określić zajęte narządy

W przypadku guzów >= T3 odległość od powięzi mezorektum ……cm.
Cechy wrastania do naczyń żylnych (EMVI)
- • tak
- • nie

Węzły chłonne mezorektum
- • patologiczne (> 9 mm w osi krótkiej)
- o liczba
- o lokalizacja (najbliższa odległość od powięzi mezorektum …. cm)
- • podejrzane (5 – 9 mm i przynajmniej dwie cechy: okrągły kształt / nieregularne zarysy / niejednorodna struktura)
- o liczba
- o lokalizacja (najbliższa odległość od powięzi mezorektum …. cm)
- • podejrzane (do 5 i okrągłego kształtu, o nieregularnych zarysach oraz niejednorodnej strukturze)

- o liczba
- o lokalizacja (najbliższa odległość od powięzi mezorektum …. cm)
- niepowiększone

Patologiczne węzły chłonne poza mezorektum
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie

Zmiany patologiczne w innych narządach miednicy
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie

Resume: Guz odbytnicy / esicy w stopniu T...N...M....

Radiolog wykonujący opis:

<u>Odbytnica: TK jamy brzusznej</u>:

Data badania:
Data wyniku:
Badanie wykonano u Pacjenta / Pacjentki z rozpoznaniem ca odbytnicy.
Badania poprzednie do porównania oraz kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.
Zmiany meta w wątrobie
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie
- zmiany niejednoznaczne do dalszej diagnostyki

Patologiczne węzły
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie
- niednoznaczne

Cechy rozsiewu do sieci / otrzewnej
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie

Zmiany patologiczne w innych narządach jamy brzusznej
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie

Zmiany meta w kościach
- tak
- o lokalizacja
- o wielkość
- nie

Resume: określenie stopnia zaawansowania w skali TNM.

Radiolog wykonujący opis:

Jelito grube (poza odbytnicą): TK jamy brzusznej i miednicy (przy zmianach położonych w miednicy):
Data badania:
Data wyniku:

Dane na skierowaniu: zmiany w badaniu endoskopowym, wynik hist/pat.

Badanie wykonano u Pacjenta / Pacjentki z rozpoznaniem ca jelita grubego.
Badania poprzednie do porównania oraz kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.
Guz
- polipowaty
- obejmujący cały obwód jelita
- obejmujący .... % obwodu jelita

na odcinku ... cm, położony w
- kątnicy
- wstępnicy
- poprzecznicy
- zstępnicy
- esicy

- Cecha T
- T1 – ograniczony do błony śluzowej
- T2 – zajęcie błony mięśniowej właściwej
- T3 – naciekanie okołojelitowej tkanki tłuszczowej
- T4a – przekraczanie otrzewnej trzewnej
- T4b – naciekanie sąsiednich narządów
- określić zajęte narządy

Zmiany meta w wątrobie, innych narządach
- tak
- lokalizacja
- wielkość
- nie
- zmiany niejednoznaczne do dalszej diagnostyki

Patologiczne węzły
- tak
- lokalizacja
- wielkość
- nie

Cechy rozsiewu do sieci / otrzewnej
- tak
- lokalizacja
- wielkość
- nie

Zmiany patologiczne w innych narządach jamy brzusznej
- tak
- lokalizacja
- wielkość
- nie

Zmiany meta w kościach
- tak
- lokalizacja
- wielkość
- nie

Radiolog wykonujący opis:

Resume: określenie stopnia zaawansowania w skali TNM.

Załącznik nr 5

Rak jelita grubego – protokół badania histopatologicznego nr :

DANE KLINICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Rodzaj materiału:

Procedura chirurgiczna:

Położenie guza/lokalizacja:

OPIS MAKROSKOPOWY

Wymiar maksymalny guza:

Odległość guza od najbliższego marginesu:
-proksymalnego
-dystalnego
-obwodowego
-marginesu krezki

Perforacja: tak/nie

Dla guzów odbytnicy:
-stosunek do załamka otrzewnej

-wycięcie mezorectum

-wycięcie zwieraczy

-odległość od linii zębatej

OPIS MIKROSKOPOWY

Typ histologiczny:
Cecha G:
Głębokość nacieku:
◯Tumor budding („pączkowanie")

Marginesy wycięcia chirurgicznego:
(wolny/naciek/rozległość / mm /) :

- proksymalny:
- dystalny:
- obwodowy/głęboki:
- margines krezki:

Inne zmiany towarzyszące i prekursorowe (warunkowo):

Stopień regresji guza (po leczeniu przedoperacyjnym):
◯ brak utkania raka po leczeniu indukcyjnym(0)
◯ pojedyncze komórki lub kilka grup komórek raka(1)
◯ częściowa odpowiedź(2)
◯ brak cech odpowiedzi(3)
◯ Nie dotyczy

Angioinwazja:
◯ obecna :
◯ Limfatyczna/ ◯ naczyniowa
◯ W ścianie jelita /◯ poza ścianą jelita
◯ nieobecna
◯ Nie dotyczy

Neuroinwazja:
◯ obecna
◯ W ścianie jelita/◯ poza ścianą jelita
◯ nieobecna
◯ Nie dotyczy

Węzły chłonne:
Całkowita liczba zbadanych węzłów chłonnych:
Liczba zajętych węzłów chłonnych:
Przekraczanie torebki:
◯ obecne
◯ nieobecne
◯ niemożliwe do oceny
◯ Nie dotyczy
Depozyty komórkowe:
◯ obecne
◯ nieobecne
◯ Nie dotyczy

Ocena niestabilności mikrosatelitarnej:
MLH1 :
MSH2:
MSH6:
PMS2:

Wskazanie do badania molekularnego:

Interpretacja wyniku:

Przerzuty odległe:
◯ nie można określić
◯ obecne
◯ nieobecne
◯ Nie dotyczy

Badania immunohistochemiczne:

pTNM:

Uwagi:

Rak jelita grubego – protokół badania histopatologicznego nr :

Patolog rozpoznający:
Data pobrania materiału: Data otrzymania materiału: Data wyniku:

Załącznik nr 6

Wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) - rak jelita grubego

Checklist C18-C20

METRYKA PACJENTA C18-C20	Data:										
1. Imię i nazwisko pacjenta											
2. PESEL											
3. Rozpoznanie kliniczne											
4. TNM (wg AJCC 8th)	T		N		M						
5. Hist.-pat.											
6. PS ECOG/WHO											
7. Choroby współistniejące:											

CHECK-LIST C18-C20				
Nazwa badania	**Stopień zaawansowania I**	**Stopień zaawansowania II**	**Stopień zaawansowania III**	**Stopień zaawansowania IV**
8. TK jamy brzusznej	□	□	□	□
9. TK miednicy małej / MR miednicy małej	□	□	□	□
10. RTG/TK klatki piers.	□	□	□	□
11. Badanie Endoskopowe jelita grubego	□	□	□	□
12. Badanie per rectum (tylko w C20)	□	□	□	□
13. CEAc	□	□	□	□
14. morfologia	□	□	□	□
15. Biochemia (Aspat, Alat, GGTP, ALP, albumina,Na+ mocznik,K+, kreatynina)	□	□	□	□
16. EKG	□	□	□	□
17. Badanie molekularne KRAS/NRAS/BRAF - wymagane tylko u pacjentów w stanie sprawności 0-2	X	X	X	□
18. Konsultacja internistyczna	□	□	□	X
19. Konsultacja anestezjologiczna	□	□	□	X

□ badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy

*niepotrzebne skreślić

.....

Podpis i pieczątka lekarza kierującego na konsylium

Załącznik nr 7

Dane pacjenta:

Imię: ……..……..…. Nazwisko: …….…… PESEL: ……

Kod ICD-10: ……..

REGON Placówki wykonującej diagnostykę wstępną……..…*
REGON Placówki wykonującej zabieg diagnostyczno-leczniczy ……...*
REGON Placówki wykonującej diagnostykę pogłębioną……..……*

OCENA DIAGNOSTYKI ONKOLOGICZNEJ
(dokonywana przez Konsylium WZT)

w ……
Nazwa placówki wykonującej konsylium

Data: ……

Czy została wypełniona lista sugerowanych badań diagnostycznych („Wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium – WZT"- Check-list)**: □tak / □nie**

Ocena diagnostyki onkologicznej:

□ DIAGNOSTYKA WSTĘPNA:

*1) kompletna**
*2) niekompletna (wypełnić poniżej)**
Odpowiednie zaznaczyć:
- *Brak wykonanego pełnego badania histopatologicznego (wykonano tylko badanie cytologiczne)**
- *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
- *Brak wykonania badań obrazowych, niezbędnych do wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego**
- *Brak w wyniku hist.-pat. ostatecznego rozpoznania onkologicznego**

□ ZABIEG DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY:

1) *kompletna**
2) *niekompletna (wypełnić poniżej)**
- *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
- *Brak wykonania badań genetycznych, po hist.-pat.**
- *Brak wykonanych badań obrazowych:*
  - *PET-CT ……..……(wpisać rodzaj badania)**
  - *Scyntygrafii ……(wpisać rodzaj badania)**
  - *TK ……(wpisać okolice)**
  - *MR ……..…(wpisać okolice)**
  - *Inne: RTG / USG / MMRTG / ……..……*

3) *nie dotyczy* (w przypadku nowotworów nie wymagających wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego)*

□ DIAGNOSTYKA POGŁEBIONA:

1) *kompletna**
2) *niekompletna (wypełnić poniżej)**
Odpowiednie zaznaczyć:
- *Brak wykonania oznaczeń immunohistochemicznych w hist.-pat.**
- *Brak wykonania badań genetycznych, po hist.-pat.**

- *Brak wykonanych badań obrazowych:*
  - *PET-CT ……(wpisać rodzaj badania)**
  - *Scyntygrafii ……(wpisać rodzaj badania)**
  - *TK ……(wpisać okolice)**
  - *MR ……(wpisać okolice)**
  - *Inne: RTG / USG / MMRTG / ……**

3) *nie dotyczy (w przypadku raka jajnika)**

* - WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ

PODPISY I PIECZĄTKI OSÓB DOKONUJĄCYCH OCENY

1……..... 2……..... 3……

4……..... 5……..... 6……

Załącznik nr 8

Monitoring jakości świadczeń w leczeniu onkologicznym – wersja A

Prosimy Państwa o odpowiedź na kilka pytań dotyczących ostatniego pobytu (w poradni lub podczas hospitalizacji na oddziale onkologicznym). Korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie ① oznacza ocenę bardzo słabą, a ⑤ ocenę bardzo dobrą.
Prosimy też ocenić, na ile dany aspekt naszej działalności jest dla Państwa istotny – ❶ oznacza najniższe, a ❹ najwyższe znaczenie.
Jeżeli któreś z pytań Państwa nie dotyczą – prosimy zostawić je bez odpowiedzi.

Rodzaj leczenia:

- ☐ **hospitalizacja – prosimy o wypełnienie pytań od I do VI**
- ☐ ***hospitalizacja jednego dnia – prosimy o wypełnienie pytań od II do VI***
- ☐ świadczenia ambulatoryjne (poradnia) – prosimy o wypełnienie pytań od II do VI

Rozpoznanie:

- ☐ jelito grube (C18-C20)
- ☐ płuco (C34)
- ☐ wtórny nowotwór płuca (C78.0)
- ☐ pierś (C50)
- ☐ pierś DCIS (D05)
- ☐ jajnik (C56)
- ☐ prostata – gruczoł krokowy (C61)

I. Ocena pobytu w szpitalu – infrastruktura i organizacja leczenia (*prosimy o wypełnienie tylko w przypadku pobytu na oddziale onkologicznym*)

Ważność				Aspekt naszej działalności	Zadowolenie				
❶	❷	❸	❹		①	②	③	④	⑤
				Jakość posiłków					
				Czystość Państwa sali					
				Dostępność do łazienki z toaletą					
				Czystość łazienek i toalet					
				Możliwość kontaktu z najbliższymi osobami (odwiedzin, rozmów telefonicznych)					
				Dostosowanie warunków na oddziale do specyfiki Państwa nowotworu					
				Dostępność do lekarza dyżurującego, w czasie nieobecności lekarza prowadzącego					
				Dostęp do wsparcia ze strony specjalistów, np. psychoonkologa, dietetyka klinicznego, fizjoterapeuty, pracownika socjalnego					
				Szybkość reakcji personelu pielęgniarskiego na Państwa wezwania					

Ile czasu minęło od skierowania na oddział onkologiczny do przyjęcia Państwa do szpitala?

- ☐ do tygodnia
- ☐ więcej niż tydzień, ale więcej niż dwa tygodnie
- ☐ więcej niż dwa tygodnie, ale nie więcej niż miesiąc
- ☐ więcej niż miesiąc, ale nie więcej niż dwa miesiące
- ☐ więcej niż dwa miesiące

II. Ocena opieki medycznej

Ważność				Aspekt naszej działalności	Zadowolenie				
❶	❷	❸	❹		①	②	③	④	⑤
				Uprzejmość i życzliwość lekarzy na oddziale /w poradni					
				Zainteresowanie lekarza prowadzącego Państwa stanem zdrowia					

				Gotowość lekarza prowadzącego do odpowiadania na pytania dotyczące stanu Państwa zdrowia					
				Przystępność (zrozumiałość) informacji przekazywanych Państwu przez lekarza prowadzącego					
				Dostępność do lekarza prowadzącego					
				Uprzejmość i życzliwość personelu pielęgniarskiego					
				Zainteresowanie personelu pielęgniarskiego stanem Państwa zdrowia i samopoczuciem					
				Zakres informacji przekazanych Państwu przez personel pielęgniarski na temat sposobu przygotowania się do badań i zabiegów					
				Dbałość o zachowanie Państwa poczucia intymności w trakcie zabiegów i badań					
				Gotowość personelu medycznego do niesienia pomocy, gdy zgłaszali Państwo dolegliwości bólowe					
				Dostępność oraz przystępność informacji przekazywanych przez koordynatora opieki onkologicznej					

III. Ocena zakresu informacji przekazanych Państwu przez lekarza prowadzącego na temat sposobu Państwa leczenia

Prosimy o odpowiedź w następującej skali:

1. Absolutnie się nie zgadzam
2. Raczej się nie zgadzam
3. Trudno powiedzieć
4. Raczej się zgadzam
5. Zgadzam się bez wątpienia

Prosimy też o podanie ważności (jak w poprzednich pytaniach).

Ważność					Opinia				
❶	❷	❸	❹		①	②	③	④	⑤
				Przekazywane Państwu informacje o chorobie były wystarczające					
				Nie było problemu z dostępem do rozmów z lekarzami różnych specjalności (w ramach konsylium)					
				W jasny sposób zakomunikowano możliwe przyczyny Państwa choroby					
				Przekazana została zrozumiała informacja o badaniach jakie powinny być wykonane					
				Przekazana informacja o możliwym postępie choroby była czytelna					
				Podane mi zostało jasno stadium choroby (np. stadium 1-4)					
				Informacje o planie leczenia były dla Państwa wystarczające					
				Przekazano wyczerpującą informację o możliwych terapiach					
				Przekazano jasne informacje o możliwych ubocznych efektach terapii					
				Przedstawione zostały konkretne oczekiwane wyniki terapii					
				Byliście Państwo na bieżąco informowani o zmianach w planie leczenia onkologicznego					
				Dostaliście Państwo od personelu medycznego informacje na temat dalszego postępowania po opuszczeniu placówki onkologicznej					
				Członkom Państwa rodziny (lub opiekunom) zostało udzielone skuteczne wsparcie emocjonalne					
				Nie było żadnego problemu z dostępem do dokumentacji medycznej					

IV. Ocena pilotażu

1. Jak Pani/Pan ocenia czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach pilotażu?

☐ Zdecydowanie za długi
☐ Raczej za długi
☐ Odpowiedni
☐ Zadziwiająco krótki

2. Czy podpisana przez Państwa zgoda o objęcie pilotażem była zrozumiała?
   ☐ tak ☐ nie
3. Czy, jeżeli mieliście Państwo wątpliwości co do treści ww. zgody, zostały one Państwu wyjaśnione?
   ☐ tak ☐ nie ☐ nie było takiej potrzeby
4. Czy korzystali Państwo z dedykowanej pacjentom chorym onkologicznie „infolinii onkologicznej"?
   ☐ tak ☐ nie (proszę ominąć kolejne pytanie)
5. Jeśli „tak" - jak oceniają Państwo działanie „infolinii onkologicznej"?
   ☐ Zdecydowanie nieprzydatna, niepomocna
   ☐ Raczej nieprzydatna
   ☐ Trudno ocenić jej przydatność
   ☐ Raczej przydatna
   ☐ Zdecydowanie przydatna, pomocna
6. Czy uzyskali Państwo wsparcie i pomoc ze strony koordynatora, który jest wyznaczany pacjentom w trakcie trwania pilotażu?
   ☐ tak ☐ nie

Jeżeli były jakieś aspekty naszej pracy , które szczególnie powinniśmy poprawić, prosimy o ich wskazanie i opisanie sytuacji

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Co szczególnie cenią Państwo w naszym sposobie pracy?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V. Podsumowanie

Gdyby ktoś z Państwa znajomych potrzebował pomocy onkologicznej,
czy polecilibyście im Państwo nasz szpital?

(*Prosimy o odpowiedź w skali 0-10*)

Na pewno nie! **0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 10☐** *Na pewno tak!*

VI. Informacje dodatkowe

Prosimy o odpowiedź na poniższe pytania – pozwoli nam to lepiej zrozumieć i przeanalizować Państwa opinię o naszej pracy

1. Wiek:
   ☐ 18-24 ☐ 25-44 ☐ 45-64 ☐ 65 i więcej
2. Płeć:

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

3. Miejsce zamieszkania:
   ☐ wieś ☐ miasto do 50 tys. ☐ miasto od 50 tys. do 150 tys. ☐ miasto od 150 tys. do 500 tys.
   ☐ miasto powyżej 500 tys.
4. Ilość pobytów w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających obecną hospitalizację:
   ☐ 0 ☐ 1-5 ☐ powyżej 5

Nazwa placówki, w której przeprowadzono ankietę (wypełnia szpital):

.....

Załącznik nr 5

ANKIETA – GRUCZOŁ KROKOWY

Data wypełnienia……

I. METRYCZKA

1. PESEL:
2. Wzrost …… 3. Waga ……
4. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ pracownik umysłowy ☐ pracownik fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt ☐ rencista ☐ inny
5. Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zasadnicze zawodowe ☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe

II. UWARUNKOWANIA FIZJOLOGICZNE, PROFILAKTYKA PIERWOTNA, CZYNNIKI RYZYKA

6. Czy stosuje Pan dietę wysokotłuszczową:
   ☐ nie
   ☐ tak
   ☐ trudno powiedzieć

7. Czy stwierdzono u Pana otyłość
   ☐ nie
   ☐ tak
   ☐ nie wiem

8. Czy pali Pan papierosy
   ☐ nie ☐ w przeszłości, nie palę od …… lat
   ☐ tak, od ….. lat, ……. papierosów dziennie
   czy jest Pan narażony na bierne palenie:
   ☐ nie ☐ tak

9. Jak często spożywa Pan alkohol:
   ☐ nie spożywam
   ☐ okazjonalnie
   ☐ 1-2 razy w tygodniu
   ☐ 3-4 razy w tygodniu
   ☐ codziennie

10. Czy chorował Pan bądź choruje na inne nowotwory?
    ☐ nie
    ☐ tak; jeśli tak to jakie i kiedy? ……

11. Jak często spożywa Pan owoce i/lub warzywa:
    ☐ kilka razy dziennie
    ☐ raz dziennie
    ☐ kilka razy w tygodniu
    ☐ raz w tygodniu
    ☐ rzadziej

12. Jak często podejmuje Pan aktywność fizyczną usprawniającą ciało?
    ☐ nie ćwiczę
    ☐ raz w miesiącu
    ☐ kilka razy w miesiącu
    ☐ raz w tygodniu
    ☐ kilka razy w tygodniu
    ☐ codziennie

13. Czy spotkał się Pan wcześniej z informacją o profilaktyce i zdrowym stylu życia?
    ☐ nie
    ☐ tak
    ☐ nie pamiętam

III. UWARUNKOWANIA GENETYCZNE

14. Czy u Pana krewnych wystąpił rak stercza lub inny nowotwór?

u ojca	☐ nie	☐ tak, rak stercza, w wieku.....	☐ tak, inny nowotwór.....
u brata	☐ nie	☐ tak, rak stercza, w wieku.....	☐ tak, inny nowotwór.....
u syna	☐ nie	☐ tak, rak stercza, w wieku.....	☐ tak, inny nowotwór.....

u innych krewnych (podać nowotwór oraz pokrewieństwo): .....

IV. PROFILAKTYKA WTÓRNA, OBJAWY NOWOTWORU, WYKONANE BADANIA, INTERWENCJE MEDYCZNE

15. Czy ma Pan problemy:

z oddawaniem moczu:

☐ nie

☐ tak, od ..... lat jakie? .....

ze wzwodem:

☐ nie

☐ tak

Jeśli tak: czy stosuje Pan środki wspomagające w tym zakresie:

☐ nie

☐ tak, jaką.....

16. Czy jest Pan pod opieką urologa?

☐ nie

☐ tak, proszę podać adres poradni .....

17. Czy ma Pan założony cewnik moczowy?

☐ nie

☐ tak

18. Czy wykonano u Pana badanie krwi mierzące stężenie PSA?

☐ nie

☐ tak

Jeśli tak - w którym roku było ostatnie badanie? ..... / nie pamiętam

Czy wtedy wynik PSA był prawidłowy

☐ nie

☐ tak

19. Czy lekarz POZ informował Pana o możliwości wykonywania badań PSA?

☐ tak

☐ nie

☐ nie pamiętam

20. Jaki był pierwszy objaw choroby?: .....

21. Po jakim czasie od pierwszych objawów zgłosił się Pan do lekarza?

Zgłosiłem się po około (proszę podać liczbę tygodni) ..... tygodniach

22 Po jakim czasie od podejrzenia choroby rozpoczęto diagnostykę?

Pierwsza badania diagnostyczne były po około (proszę podać liczbę tygodni)..... tygodniach

Załącznik nr 10

Gruczoł krokowy: MR miednicy:

Data badania:
Data wyniku:

Dane na skierowaniu: Poziom PSA, wynik DRE, TRUS, biopsji, cTNM.

Badanie wykonano u Pacjenta z rozpoznaniem / podejrzeniem raka gruczołu krokowego.
PSA:
Hist/pat: …… Gleason ……..
Ew. badania poprzednie do porównania oraz kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.

Gruczoł krokowy osiąga …. cm w przekroju poprzecznym oraz …. cm w wymiarze CC.
Ognisko wielkości …... cm zlokalizowane w

- strefie obwodowej
- strefie przejściowej
- strefie centralnej
  po stronie
    - prawej
    - lewej

- powodujące znamienne ograniczenie dyfuzji
- nie powodujące ograniczenia dyfuzji

- o niskiej intensywności sygnału w obrazach T2 – zależnych
- nie różnicujące się w obrazach T2-zależnych

- ulegające patologicznemu wzmocnieniu w DCE
- nie wykazujące patologicznego wzmocnienia w DCE

Skala PIRADS - prawdopodobieństwo istotnego klinicznie raka:

- 1: Bardzo niskie
- 2: Niskie
- 3: Pośrednie
- 4: Wysokie
- 5: Bardzo wysokie

Przekraczanie linii pośrodkowej

- tak
- nie

Przekraczanie torebki gruczołu

- tak

- nie

  - modelowanie torebki gruczołu

    - tak

- nie

Naciekanie pęcherzyków nasiennych

- tak
- nie

{możliwość powtórzenia od poziomu : Ognisko wielkości... w przypadku więcej niż jednej zmiany}

Naciekanie pęcherza moczowego / powięzi mezorektum i odbytnicy

- tak
    - lokalizacja
    - zasięg
- nie

Regionalne węzły chłonne

- powiększone
    - lokalizacja
    - wielkość
- niepowiększone
- niejednoznaczne

Pozostałe węzły chłonne

- powiększone
    - lokalizacja
    - wielkość
- niepowiększone
- niejednoznaczne

Zmiany meta w kościach

- tak
    - lokalizacja

    - wielkość
- nie

Zmiany patologiczne w pozostałych strukturach miednicy

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Resume: określenie stopnia zaawansowania w skali TNM.

Radiolog wykonujący opis:

Gruczoł krokowy: TK jamy brzusznej:

Data badania:
Data wyniku:

Badanie wykonano u Pacjenta z rozpoznaniem ca gruczołu krokowego.
Badania poprzednie do porównania oraz kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.

Zmiany meta w wątrobie

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Patologiczne węzły

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Cechy rozsiewu do sieci / otrzewnej

- tak

    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Zmiany patologiczne w innych narządach jamy brzusznej

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie
- zmiany niejednoznaczne do dalszej diagnostyki

Zmiany meta w kościach

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Resume: określenie stopnia zaawansowania w skali TNM.

Radiolog wykonujący opis:

Załącznik nr 11

RAK PROSTATY – protokół badania histopatologicznego nr

DANE KLINICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

Materiał pobrany z minimum 4 obszarów anatomicznych (dół zasłonowy prawy, dół zasłonowy lewy, węzły biodrowe zewnętrzne prawe, węzły biodrowe zewnętrzne lewe)

◯ tak
◯ nie

OPIS MIKROSKOPOWY

Typ histologiczny wg WHO:

Stopień złośliwości histologicznej wg Gleasona:
◯ pierwszorzędowy (dominujący) _____
◯ drugorzędowy (najwyższy z pozostałych) _____
◯ sumaryczny Gleason Score _____
◯ trzeciorzędowy (jeśli zajmuje >5% utkania) _____

Grade Group (Grupa prognostyczna wg AJCC wyd. 8):
◯ Grade Group 1
◯ Grade Group 2
◯ Grade Group 3
◯ Grade Group 4
◯ Grade Group 5

Zasięg guza:
◯ guz ograniczony do stercza
◯ zajęty prawy płat stercza
odsetek płata zajęty przez naciek w % _____
◯ zajęty lewy płat stercza
odsetek płata zajęty przez naciek w % _____
◯ dominujące ognisko raka (jeśli obecne)
płat stercza z ogniskiem dominującym _____
wymiar ogniska dominującego w cm _____

Zajęcie tkanek okołosterczowych (EPE, Extraprostatic extension):
◯ nie stwierdzono
◯ obecne ogniskowe (Focal)
lokalizacja _____
◯ obecne rozległe (Established)
lokalizacja _____
◯ niemożliwe do określenia

Inwazja pęcherzyków nasiennych:
◯ nie stwierdza się
◯ obecna po stronie prawej
◯ obecna po stronie lewej
◯ obecna obustronnie
◯ w materiale nie stwierdzono utkania pęcherzyków

Angioinwazja:
◯ nie stwierdzono
◯ obecna
◯ nie określono

Inwazja przestrzeni okołonerwowych:
◯ nie stwierdzono
◯ obecna
◯ nie określono

Marginesy chirurgiczne:
◯ nie można ocenić marginesów
◯ marginesy wolne od nacieku raka
◯ marginesy zajęte przez naciek raka
◯ wielkość dodatniego marginesu w mm
pojedyncze ognisko _____
wieloogniskowo _____
szczyt _____
szyja pęcherza _____
tylno-boczny _____
inny (określić jaki) _____

Węzły chłonne:
◯ materiał nie zawiera węzłów chłonnych
◯ obecne węzły chłonne miednicy
liczba ocenionych węzłów chłonnych _____
liczba węzłów chłonnych z przerzutami raka _____
wielkość największego ogniska przerzutowego _____

pTNM (wg AJCC, wyd. 8):

Zmiany w prostacie poza utkaniem nowotworu:
◯ nie stwierdzono
◯ PIN, High Grade
◯ atypowy rozrost gruczolakowaty (AAH, Adenosis)
◯ łagodny rozrost gruczołu krokowego (BPH)
◯ widoczny efekt radioterapii
◯ widoczny efekt hormonoterapii

Uwagi:

Data pobrania materiału:

Data otrzymania materiału:

Data wyniku:

Patolog rozpoznający:

załącznik nr 11k

Checklist C61

METRYKA PACJENTA C61	Data:
1. Imię i nazwisko pacjenta	
2. PESEL	
3. Rozpoznanie kliniczne	
4. TNM (wg AJCC 8th)	T N M
5. Hist.-pat.	
6. ISUP Grade Group	
7. PSA max. [ng/mL]	
8. PS ECOG/ WHO	
9. Hormonoterapia - jeżeli TAK to w jakim okresie? - czy była stosowana przed konsylium?	TAK/NIE* ..... (tygodnie / m-ce / lata) TAK/NIE*

10. Grupa ryzyka wznowy (wg EAU-ESMO-ESTRO)

Niska	Pośrednia	Wysoka	Zaawansowanie lokalne	Rozsiew odległy

11. Choroby współistniejące

CHECK-LIST C61

	Grupa ryzyka wznowy					
Nazwa badania	**Niska**	**Pośrednia**	**Wysoka**	**Zaawanso-wanie lokalne**	**Rozsiew odległy**	**Uwagi**
12. Badanie palcem przez odbytnicę	□	□	□	□	□	
13. MR miednicy	□	□	□	□	□	
14. RTG klatki piersiowej	□	□	□	□	□	
15. Skala IPSS	□	□	□	□	□	
16. Scyntygrafia kości	X	□ (T2 i PSA>10)	□	□	□	
17. TK/MR/USG jamy brzusznej	X	X	□	□	□	

□ badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X – nie dotyczy

*niepotrzebne skreślić

.....

Podpis i pieczątka lekarza kierującego na konsylium

Załącznik nr 13

ANKIETA – JAJNIK

Data wypełnienia……

I. METRYCZKA

1. PESEL:
2. Wzrost …… 3. Waga ……
4. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ pracownik umysłowy ☐ pracownik fizyczny ☐ rolnik ☐ emeryt ☐ rencista ☐ inny
5. Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zasadnicze zawodowe ☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe

II. UWARUNKOWANIA FIZJOLOGICZNE, PROFILAKTYKA PIERWOTNA, CZYNNIKI RYZYKA

6. Pierwsza miesiączka
☐ w wieku: .....
☐ nie pamiętam

7. ostatnia miesiączka
☐ w wieku: .....
☐ nie pamiętam
☐ nie dotyczy

8. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? ..... Liczba porodów .....

9. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?
☐ nie
☐ dawniej, przestałam….. lat temu
☐ obecnie
☐ powyżej 5 lat

10. Czy karmiła Pani piersią a jeśli tak, jak długo?
☐ nie karmiłam
☐ karmiłam przez ….. (proszę podać liczbę miesięcy)

11. Czy pali Pani papierosy
☐ nie
☐ w przeszłości, nie palę od …… lat
☐ tak, od ….. lat, ……. papierosów dziennie

Czy jest Pani narażona na bierne palenie:
☐ nie
☐ tak

12. Jak często spożywa Pani wyroby alkoholowe:
☐ nie spożywam
☐ okazjonalnie
☐ 1-2 razy w tygodniu
☐ 3-4 razy w tygodniu
☐ codziennie

13. Jak często spożywa Pani owoce i /lub warzywa:
☐ kilka razy dziennie
☐ raz dziennie
☐ kilka razy w tygodniu
☐ raz w tygodniu
☐ rzadziej

14. Jak często podejmuje Pani/Pan aktywność fizyczną usprawniającą ciało
☐ rzadko/nie ćwiczę
☐ raz w miesiącu
☐ kilka razy w miesiącu
☐ raz w tygodniu
☐ kilka razy w tygodniu
☐ codziennie

15. Czy spotkała się Pani wcześniej z informacją o profilaktyce i zdrowym stylu życia
☐ nie
☐ tak

III. UWARUNKOWANIA GENETYCZNE

16. Czy jest Pani nosicielem mutacji genetycznej BRCA1/BRCA2:
☐ nie
☐ tak
☐ nie wiem

17. Czy u Pani lub Pani krewnych wystąpił rak piersi lub rak jajnika?

u Pani	☐ nie	☐ tak, rak piersi (przed 50-tym r.ż.)	☐ tak (po 50-tym r.ż.)	☐ tak, rak jajnika
u matki	☐ nie	☐ tak, rak piersi (przed 50-tym r.ż.)	☐ tak (po 50-tym r.ż.)	☐ tak, rak jajnika
u siostry	☐ nie	☐ tak, rak piersi (przed 50-tym r.ż.)	☐ tak (po 50-tym r.ż.)	☐ tak, rak jajnika
u córki	☐ nie	☐ tak, rak piersi		☐ tak, rak jajnika

u innych krewnych (podać pokrewieństwo): .....

18. Czy u Pani lub Pani krewnych wystąpił inny nowotwór?
☐ nie ☐ tak

u Pani	☐ nie	☐ tak (przed 50-tym rokiem życia)	☐ tak (po 50-tym roku życia)
u matki/ojca	☐ nie	☐ tak (przed 50-tym rokiem życia)	☐ tak (po 50-tym roku życia)
u siostry/brata	☐ nie	☐ tak (przed 50-tym rokiem życia)	☐ tak (po 50-tym roku życia)
u córki/syna	☐ nie	☐ tak	

u innych krewnych (podać pokrewieństwo): .....
Jeżeli tak, proszę napisać jaki……

IV. PROFILAKTYKA WTÓRNA, OBJAWY NOWOTWORU, WYKONANE BADANIA, INTERW. MEDYCZNE

19. Jak często chodzi Pani do ginekologa:
☐ co miesiąc lub częściej
☐ co kwartał
☐ co rok
☐ rzadziej
☐ nie chodzę

20. Czy w trakcie wizyty ginekologicznej miała Pani wykonane:

badanie jajników [USG]
☐ nie
☐ tak
☐ nie pamiętam

badanie USG z sondą endowaginalną
☐ nie
☐ tak
☐ nie pamiętam

badanie piersi przez lekarza
☐ nie
☐ tak
☐ nie pamiętam

badanie cytologiczne
☐ nie
☐ tak, ostatnią w …….. roku (proszę podać rok); wszystkich cytologii było około …….

czy badanie było wykonane w ramach programu profilaktycznego
☐ nie
☐ tak
☐ nie pamiętam

21. Czy leczyła się Pani w kierunku niepłodności? Jeśli tak, to jaką metodą?
(proszę napisać)……..

22. Czy leczyła się Pani w ostatnim roku z powodów gastrycznych (wzdęcia, nadkwaśność, zgaga itp.)?
☐ tak
☐ nie
☐ nie pamiętam

23. Czy w ostatnim czasie zaobserwowała Pani znaczne zmniejszenie wagi ciała?
☐ nie
☐ tak
☐ nie wiem

24. Czy wycięto u Pani macicę?
☐ nie
☐ tak

25. Czy przeprowadzono u Pani zabieg usunięcia jajowodów?
☐ nie
☐ tak

26. Czy w przeszłości oznaczono u Pani poziom Ca125 lub innego markera?
☐ tak, jaki? (proszę napisać) ……..
W jakim roku? (proszę napisać)……..…
☐ nie
☐ nie pamiętam

27. Gdy zachorowała Pani na raka jajników, jaki był pierwszy objaw choroby? (proszę napisać)
……..

28. Po jakim czasie od pierwszych objawów zgłosiła się Pani do lekarza?
Zgłosiłam się po około (proszę podać liczbę tygodni) …….. tygodniach

29 Po jakim czasie od podejrzenia choroby rozpoczęto diagnostykę?
Pierwsza badania diagnostyczne były po około (proszę podać liczbę tygodni)…… tygodniach

Załącznik nr 14

Jajnik: TK jamy brzusznej i miednicy lub (preferowane) TK jamy brzusznej i MR miednicy:

Data badania:
Data wyniku:

Badanie wykonano u Pacjentki z rozpoznaniem ca jajnika
Badania poprzednie do porównania, kluczowe informacje odnośnie dotychczasowego leczenia.
Guz pierwotny – położenie

- jeden jajnik /
- oba jajniki

wielkości …. cm.
O

- jednorodnej
- niejednorodnej

strukturze

Cechy przekraczania torebki jajnika

- tak
- nie

Cechy naciekania sąsiednich narządów

- tak
    - lokalizacja
    - zasięg
- nie

Cechy rozsiewu do sieci / otrzewnej

- tak
    - lokalizacja
    - zasięg
- nie

Cechy naciekania krezki jelita cienkiego,

- tak
    - lokalizacja
    - zasięg
- nie

Płyn w jamie otrzewnej

- tak

- nie

Zmiany meta w wątrobie

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie
- zmiany niejednoznaczne do dalszej diagnostyki

Zmiany meta w innych narządach

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Płyn w jamach opłucnej

- tak
- nie

Guzkowe zgrubienia opłucnej

- tak
    - wielkość
- nie

Patologiczne węzły chłonne

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie
- niejednoznaczne

Zmiany meta w kościach

- tak
    - lokalizacja
    - wielkość
- nie

Resume: określenie stopnia zaawansowania w skali TNM.

Radiolog wykonujący opis:

Załącznik nr 15

RAK JAJNIKA – protokół badania histopatologicznego nr

DANE KLINICZNE

Imię i nazwisko:

PESEL:

OPIS MAKROSKOPOWY

Umiejscowienie guza:
- ◯ prawy jajnik
- ◯ lewy jajnik
- ◯ oba jajniki
- ◯ Nie dotyczy

Wymiary guza:

_____

Zajęcie powierzchni zewnętrznej:
- ◯ obecne
- ◯ nieobecne
- ◯ niepewne /nie może być określone
- ◯ Nie dotyczy

Zachowanie ciągłości torebki guza:
- ◯ torebka ciągła
- ◯ torebka przerwana
- ◯ guz rozfragmentowany
- ◯ Nie dotyczy

OPIS MIKROSKOPOWY

Typ histologiczny wg WHO:

Stopień histologicznej złośliwości:
- ◯ G1: wysoko dojrzały
- ◯ G2: średnio dojrzały
- ◯ G3: nisko dojrzały
- ◯ G4: niezróżnicowany
- ◯ Nie dotyczy

Inwazja naczyń:
- ◯ brak cech inwazji
- ◯ inwazja naczyń obecna
- ◯ nieokreślona
- ◯ Nie dotyczy

Efekt terapii neoadjuwantowej:
- ◯ nieokreślona lub niemożliwa do oceny
- ◯ brak odpowiedzi
- ◯ częściowa odpowiedź
- ◯ całkowita odpowiedź
- ◯ Nie dotyczy

Zmiany towarzyszące:
- ◯ nie znaleziono
- ◯ endometrioza jajnika
- ◯ endosalpingioza
- ◯ inne _____
- ◯ Nie dotyczy

Badania immunohistochemiczne:

Uwagi:

Data pobrania materiału:

Data otrzymania materiału:

Data wyniku:

Patolog rozpoznający:

Załącznik nr 10

PROTOKÓŁ LECZENIA OPERACYJNEGO RAKA JAJNIKA wersja 1. 2015

Imię i nazwisko pacjentki: ..... **PESEL:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Rozpoznanie: ....

Rodzaj zabiegu:

❑ Zabieg pierwotny ❑ zabieg interwałowy ❑ zabieg wtórny (leczenie wznowy, niewyleczonego nowotworu) ❑ inne ❑ Laparoskopia ❑ Laparotomia

Czas trwania zabiegu (min.) ..... **Opis zabiegu** Data: ..... Operator: .....

1 Asysta: ..... 2 Asysta: .....

Opis zabiegu

LOKALIZACJA ZMIAN NOWOTWOROWYCH PRZED ZABIEGIEM	WIELKOŚĆ ZMIAN (największy wymiar w cm, jeśli > 0)
PŁYN:..... ml	
MIEDNICA:	
❑ przydatki prawe	..... cm
❑ przydatki lewe	..... cm
❑ macica	..... cm
❑ esica/prostnica	..... cm
❑ zatoka Douglasa	..... cm
❑ zachyłek pęcherzowo-maciczny	..... cm
❑ otrzewna ścienna	..... cm
❑ inne	..... cm
ŚRÓDBRZUSZE:	
JELITO GRUBE:	
❑ wstępnica	..... cm
❑ poprzecznica	..... cm
❑ zstępnica	..... cm
❑ powierzchnia krezki	..... cm
❑ korzeń krezki	..... cm
JELITO CIENKIE:	
❑ pętle	..... cm
❑ powierzchnia krezki	..... cm
❑ korzeń krezki	..... cm
SIEĆ WIĘKSZA:	
❑ podokrężnicza	..... cm
❑ więzadła: żołądkowo-okrężnicze	..... cm
❑ więzadła: żołądkowo-śledzionowe	..... cm
OTRZEWNA	
❑ lewy górny kwadrant jamy brzusznej	..... cm
❑ prawy górny kwadrant jamy brzusznej `	..... cm
NADBRZUSZE:	
❑ otrzewna kopuły przepony	..... cm
❑ lewa ❑ prawa	..... cm
❑ torebka Gleasona/wątroba	..... cm
❑ śledziona	..... cm
❑ wnęka wątroby, pęcherzyk żółciowy	..... cm
❑ sieć mniejsza/żołądek/XII-nica	..... cm
❑ inne	..... cm
WĘZŁY CHŁONNE	
❑ miednicy	..... cm
❑ okołoaortalne	..... cm
❑ Inne	..... cm

LOKALIZACJA ZMIAN NOWOTWOROWYCH PO CYTOREDUKCJI	WIELKOŚĆ POZOSTAŁYCH RESZTEK (największy wymiar w cm, jeśli > 0)
MIEDNICA:	
❑ przydatki prawe	.....cm
❑ przydatki lewe	.....cm
❑ macica	.....cm
❑ esica/prostnica	.....cm
❑ zatoka Douglasa	.....cm
❑ zachyłek pęcherzowo-maciczny	.....cm
❑ otrzewna ścienna `	.....cm
❑ inne	.....cm
ŚRÓDBRZUSZE:	
JELITO GRUBE:	
❑ wstępnica	.....cm
❑ poprzecznica	.....cm
❑ zstępnica	.....cm
❑ powierzchnia krezki	.....cm
❑ korzeń krezki	.....cm
JELITO CIENKIE:	
❑ pętle	.....cm
❑ powierzchnia krezki	.....cm
❑ korzeń krezki	.....cm
SIEĆ WIĘKSZA:	
❑ podokrężnicza	.....cm
❑ więzadła: żołądkowo-okrężnicze	.....cm
❑ więzadła: żołądkowo-śledzionowe	.....cm
OTRZEWNA	
❑ lewy górny kwadrant jamy brzusznej	.....cm
❑ prawy górny kwadrant jamy brzusznej `	.....cm
NADBRZUSZE:	
❑ otrzewna kopuły przepony	.....cm
❑ lewa ❑ prawa	.....cm
❑ torebka Gleasona/wątroba	.....cm
❑ śledziona	.....cm
❑ wnęka wątroby, pęcherzyk żółciowy	.....cm
❑ sieć mniejsza/żołądek/XII-nica	.....cm
❑ inne	.....cm
WĘZŁY CHŁONNE	
❑ miednicy	.....cm
❑ okołoaortalne	.....cm
❑ Inne	.....cm

Śródoperacyjna ocena stopnia zaawansowania wg FIGO 2014 .....

Maksymalna wielkość pozostawionych resztek po cytoredukcji ..... cm

Wynik badania śródoperacyjnego .

Założono cewnik do IP: TAK ❑ NIE ❑ .. ..

Nazwa ośrodka

Załącznik nr 17

Wytyczne w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) - rak jajnika

Checklist C56

METRYKA PACJENTKI C56	Data:										
1. Imię i nazwisko pacjentki											
2. PESEL											
3. Rozpoznanie kliniczne											
4. TNM (wg AJCC 8th)	T		N		M						
5. Inna klasyfikacja (np. FIGO)											
6. Hist.-pat.											
7. PS ECOG / WHO											
8. Choroby współistniejące:											

CHECK-LIST C56		
Nazwa badania	**Nowotwory nabłonkowe**	**Nowotwory nienabłonkowe**
9. TK jamy brzusznej	□	□
10. TK miednicy małej	□	□
11. TK klatki piersiowej	□	□
12. TSH	□	□
13. morfologia	□	□
14. Biochemia (Aspat, Alat, mocznik,kreatynina, Na+, K+, albuminy, białko, glukoza)	□	□
15. EKG	□	□
16. CA125; HE4	□	
17. AFP		□ tak □ nie dotyczy
18. HCG		□ tak □ nie dotyczy
19. LDH		□
20. Inhibina B		□ tak □ nie dotyczy
21. Konsultacja internistyczna	TAK/NIE*	TAK/NIE*
22. Konsultacja anestezjologiczna	TAK/NIE*	TAK/NIE*

□ badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)
X - nie dotyczy
*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis i pieczątka lekarza kierującego na konsylium