

Podsumowanie leczenia onkologicznego (wersja rozszerzona)

Cyfry/liczby górnego indeksu odpowiadają tym z listy „Klucz do wypełnienia podsumowania leczenia onkologicznego”

[illegible]

Podsumowanie leczenia onkologicznego (wersja rozszerzona) (cd.)

Cyfry/liczby górnego indeksu odpowiadają tym z listy „Klucz do wypełnienia podsumowania leczenia onkologicznego”

Podsumowanie leczenia onkologicznego (cd.)									
Radioterapia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę</i>									
Miejsce napromieniania /pole ⁷	Strona ciała	Data rozpoczęcia /zakończenia	Rodzaj radioterapii ⁸	Frakcje (liczba)	Dawka na frakcję (Gy)*	Dawka początkowa (Gy)*	Pole, na które zastosowano dawkę dodatkową ⁹	Dawka dodatkowa (Boost) (Gy)*	Dawka całkowita (włącznie z dawką dodatkową) (Gy)*
Ośrodek Radioterapii							Nazwisko radioterapeuty		
*Uwaga: Aby zamienić cGy lub rady na Gy, należy podzielić dawkę przez 100 (przykład: 2400 cGy = 2400 radów= 24 Gy)									
Przeszczepienie Komórek Krwiotwórczych (HSCT) Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę</i>									
Rodzaj przeszczepienia ¹⁰	Tandemowy		Źródło komórek krwiotwórczych ¹¹	Data przeszczepienia	Protokół kondycjonowania ¹²				
	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>								
Ośrodek Transplantologiczny							Lekarz transplantolog		
Profilaktyka/leczenie choroby przeszczep przeciw gospodarzowi (GVHD) (tylko dla pacjentów po przeszczepieniu) Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę</i>									
Typ ¹³			Pierwsza dawka				Ostatnia dawka		
Czy u pacjenta kiedykolwiek zdiagnozowano przewlekłą postać GVHD?							Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Czy pacjent ma obecnie aktywną postać przewlekłej GVHD?							Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Chirurgia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę</i>									
Rodzaj zabiegu ¹⁴	Data	Miejsce (jeżeli dotyczy)	Strona ciała (jeżeli dotyczy)	Oddział Chirurgiczny /Chirurg					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>									
Inne metody leczenia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <i>Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę</i>									
Metoda leczenia ¹⁵				Droga podania ⁵			Dawka kumulacyjna ⁶ (jeżeli znana)		

Podsumowanie leczenia onkologicznego (wersja rozszerzona) (cd.)

Cyfry/liczby górnego indeksu odpowiadają tym z listy „Klucz do wypełnienia podsumowania leczenia onkologicznego”

Dodatkowe informacje kliniczne															
Wczesne/Późne powikłania	Tak	Nie	Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę												
Powikłanie ¹⁶			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data wystąpienia</th> <th>Data ustąpienia</th> <th>Stan obecny</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Data wystąpienia	Data ustąpienia	Stan obecny			Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>			Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>			Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>
Data wystąpienia	Data ustąpienia	Stan obecny													
		Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>													
		Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>													
		Aktywne <input type="checkbox"/> Ustąpiło <input type="checkbox"/>													
Dodatkowe informacje kliniczne (cd.)															
Działania niepożądane leków/Alergie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę												
Lek			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Działanie niepożądane</th> <th>Data wystąpienia</th> <th>Stan obecny</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Działanie niepożądane	Data wystąpienia	Stan obecny			Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/>			Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/>			
Działanie niepożądane	Data wystąpienia	Stan obecny													
		Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/>													
		Aktywne działanie niepożądane <input type="checkbox"/> Działanie niepożądane ustąpiło <input type="checkbox"/>													
Informacje dodatkowe															
	Tak	Nie	Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę												
Podsumowanie sporządzone przez:			Data sporządzenia:												
Podsumowanie aktualizowane przez:			Data aktualizacji:												