

Podsumowanie leczenia (wersja skrócona)

Dane pacjenta		
Imię i nazwisko	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Data urodzenia
Rozpoznanie		
Nazwa nowotworu	Data rozpoznania nowotworu	Data zakończenia leczenia
Chemioterapia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę		
Nazwa leku	Informacje dodatkowe ^{††}	
^{††} Antracykliny: Należy podać kumulacyjne dawki w mg/m ² (patrz: tabela 33 w Wytycznych dotycząca obliczania dawki izotoskycznej) Karboplatyna: Należy podać, czy zastosowano dawkę mieloablacyjną Metotreksat i Cytarabina: Należy wskazać drogę podania (tzn. i.v., i.m., s.c., p.o., i.th., do zbiornika Ommaya) Metotreksat i.v. i Cytarabina: Należy podać, czy zastosowano lek w "wysokiej" dawce (jakakolwiek pojedyncza dawka ≥1000mg/m ²) czy w "standardowej" dawce (wszystkie pojedyncze dawki <1000 mg/m ²) Uwaga: Dla wszystkich leków, szczególnie dla leków alkilujących i bleomycyny, należy podać dawki kumulacyjne, jeśli są znane.		
Radioterapia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę		
Strona/Pole	Dawka całkowita* (z uwzględnieniem dawki dodatkowej (Gy)) ^{**}	
*Radioterapia - głowa/mózg, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, kręgosłup (cały, szyjny, piersiowy) i TBI, należy podać dawkę całkowitą (z uwzględnieniem dawki dodatkowej, jeżeli została zastosowana). ** Aby zamienić cGy lub rady na Gy, należy podzielić dawkę przez 100 (przykład: 2400 cGy = 2400 radów = 24 Gy).		
Przeszczepienie Komórek Krwiotwórczych Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę		
Rodzaj przeszczepienia	Autologiczne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Allogeniczne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (cGVHD)	Czy kiedykolwiek wystąpiła? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Obecnie aktywna? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Chirurgia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę		
Rodzaj zabiegu	Miejsce (jeżeli dotyczy)	Strona ciała (jeżeli dotyczy)
Inne metody leczenia Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę		
Czy pacjent był leczony jodem radioaktywnym? (abłacja tarczycy I-131) Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Czy pacjent otrzymał systemową terapię MIBG (w dawkach terapeutycznych)? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Podsumowanie sporządzone przez:	Data sporządzenia:	