



ANKIETA KWALIFIKACJI PACJENTA

Rozumiemy, że możesz mieć teraz wiele pytań. Jesteśmy tutaj, aby pomóc Ci znaleźć odpowiedzi.

Przekażemy Cię do odpowiedniego zespołu ekspertów, podając poniższe informacje.

Po wypełnieniu tego formularza zadzwonimy do Ciebie **w ciągu tygodnia**

1. Czy jesteś pacjentem Centrum Onkologii?

Tak → podaj swój numer ID

Nie → Imię
Nazwisko
Wiek
Telefon kontaktowy

2. Wybierz rodzaj zmiany nowotworowej

Zmiany wewnątrzczaszkowe	Zmiany pozaczaszkowe	Guzy przewodu pokarmowego
<input type="checkbox"/> Nowotwór mózgu <input type="checkbox"/> Przerzuty do mózgu <input type="checkbox"/> Nerwiaki <input type="checkbox"/> Malformacje tętniczo-żylny	<input type="checkbox"/> Przerzuty do kręgosłupa <input type="checkbox"/> Przerzuty do kości <input type="checkbox"/> Przerzuty do węzłów chłonnych <input type="checkbox"/> Przerzuty do płuca <input type="checkbox"/> Przerzuty do nadnerczy <input type="checkbox"/> Nowotwory pierwotne płuca <input type="checkbox"/> Wznowa w miednicy	<input type="checkbox"/> Raki pierwotne wątroby <input type="checkbox"/> Przerzuty do wątroby <input type="checkbox"/> Raki trzustki <input type="checkbox"/> Raki dróg żółciowych <input type="checkbox"/> Wznowa w miednicy raka jelita grubego

3. Czy występują przerzuty nowotworu?

Tak → pytania 4,5

Nie → pytanie 6

4. Czy przerzuty wykryto już w momencie rozpoznania nowotworu ?

Tak

Nie

5. Proszę określić orientacyjną liczbę przerzutów:

1-4

4-10

>10

6. Proszę podać datę wykrycia nowotworu (data badania obrazowego lub endoskopowego, które wykazało guza nowotworowego): *dd-mm-rrrr*

7. Badanie histopatologiczne

Data *dd-mm-rrrr*
Numer badania
Wynik

8. Dotychczasowe leczenie

Operacja

- Tak → data *dd-mm-rrrr*
- Nie

Chemioterapia

- Tak →
 - rodzaj
 - liczba cykli
 - data pierwszego cyklu *dd-mm-rrrr*
 - data ostatniego cyklu *dd-mm-rrrr*
 - jeżeli jest kontynuowana chemioterapia to data kolejnego cyklu *dd-mm-rrrr*
- Nie

Radioterapia

- Tak -obszar napromieniania
 - dawka
 - data zakończenia *dd-mm-rrrr*
- Nie

Hormonoterapia

- Tak -nazwa leku
 - data rozpoczęcia *dd-mm-rrrr*
 - data zakończenia *dd-mm-rrrr* lub *X* gdy jest kontynuowana
- Nie

9. Badania obrazowe w ciągu ostatnich 12 tygodni

- PET
- RM
- TK
- USG
- Scyntygrafia

Proszę wykonać skan lub zdjęcie wyżej zaznaczonych opisów badań i wysłać na adres (dotyczy tylko badań wykonanych poza Centrum Onkologii w Bydgoszczy) : *adres mail*

10. Proszę podać inne choroby współistniejące:

wielokrotny wybór możliwy

- nadciśnienie tętnicze
- stan po zawale serca
- stan po udarze
- choroba niedokrwienna serca
- niewydolność serca
- cukrzyca

- padaczka
- nadczynność tarczycy
- stymulator serca
- żyłaki kończyn dolnych
- inne

11. Uczulenia na leki:

- Tak → nazwa leku :
- Nie

12. Proszę ocenić swój aktualny stan sprawności zaznaczając opis, który jest najbardziej trafny:

- Brak objawów choroby, zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności bez ograniczeń
- Obecność objawów choroby, możliwość chodzenia i wykonywania lekkiej pracy
- Zdolność do wykonywania czynności osobistych, niezdolność do pracy, konieczność spędzania w łóżku mniej niż połowy dnia
- Ograniczona zdolność wykonywania czynności osobistych, konieczność spędzania w łóżku ponad połowy dnia
- Konieczność spędzania w łóżku całego dnia, konieczność stałej opieki z powodu choroby

PRZED WIZYTĄ W CENTRUM ONKOLOGII

- 1. Proszę posegregować wypisy z leczenia onkologicznego w porządku chronologicznym**
- 2. Proszę posegregować badania obrazowe w porządku chronologicznym**
- 3. Proszę założyć internetowe konto pacjenta (informacje na stronie pacjent.gov.pl) co ułatwi otrzymywanie recept elektronicznych oraz skierowań na badania obrazowe**