|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ……………………………………….. |  |
|  |  |  |  | /data/ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **KARTA ZGŁOSZENIA PACJENTA****konsultacja specjalistyczna** **konsylium wielodyscyplinarne** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Jednostka zgłaszająca** |   |  |
|  |   |  |
|  | **Dane pacjenta** |  |
|  | Imię i nazwisko pacjenta |  |  |
|  | PESEL |  |  |
|  | Adres zamieszkania |  |  |
|  | Data urodzenia |  |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |  |
|  |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** |  |
|  | Rozpoznanie główne (w tym ocena stopnia zaawansowania nowotworu TNM) |   |  |
|  | Rozpoznania dodatkowe |   |  |
|  | Epikryza (w tym skala ZUBROD/ECOG/WHO) |   |  |
|  | Wykonane dotychczas badania i konsultacje (jako załącznik) |   |  |
|  | Choroby przebyte oraz dotychczasowe leczenie |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ……………………….………………………………. |  |  |
|  |  |  |  | /podpis i pieczątka osoby dokonującej zgłoszenia/ |  |  |