|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ……………………………………….. | |  |
|  |  |  |  | /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/ |  |  |