|  |  |
| --- | --- |
|  | **KARTA KWALIFIKACJI DO MDT** **(WIELODYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO)** |
| **Rodzaj posiedzenia:**  | Klinika/Oddział/Zakład |
| **Imię i nazwisko pacjenta:**  | PID:  | [ ] K |
| Data urodzenia:  | [ ] M |
| **Rozpoznanie:**  | **Hist. – pat:**  | Data zgłoszenia:  |
| **STAGING**  | [ ]  T | [ ]  N | [ ]  M | **Stopień kliniczny:**  | **Data MDT:**  |
| **ETAP CHOROBY** | [ ]  **nowe rozp.** | [ ]  **nawrót** | [ ]  **powikłania** | [ ]  **dodatkowa opinia** | [ ] **Inne ..................................................................................................................................................** |
| **ISTOTNE CHOROBY TOWARZYSZĄCE:**  |
| **PROBLEM DO ROZWIĄZANIA /PYTANIE/ PROPOZYCJA POSTĘPOWANIA** |
|  |
|  | Pieczątka i podpis lekarza prowadzącego |
| **DECYZJA WIELODYSCYPLINARNEGO ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO** |
|  |
| [ ] Onkolog kliniczny [ ] Chirurg [ ] Radioterapeuta [ ] Radiolog[ ] inny |   | Sekretarz MDT / lekarz prowadzący (pieczątka i podpis) data |
| (imiona i nazwiska uczestniczących specjalistów) |

Załącznik Nr 1 do

*Regulaminu Wielodyscyplinarnych Zespołów Terapeutycznych (MDT)*