|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **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)*