Załącznik Nr 2 do

*Regulaminu Wielodyscyplinarnych Zespołów Terapeutycznych (MDT)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LISTA OMAWIANYCH CHORYCH MDT** **(WIELODYSCYPLINARNY ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY)** |
| **W DNIU**  |   | Klinika/Oddział/Zakład: |
| data |
|  |
| **Lp** | **PID** | **Nazwisko i imię pacjenta** | **Rozpoznanie** | **Lekarz prowadzący** | **Uwagi** |
| 1. |   |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |   |
| 5. |   |   |   |   |   |
| 6. |   |   |   |   |   |
| 7. |   |   |   |   |   |
| 8. |   |   |   |   |   |
| 9. |   |   |   |   |   |
| 10. |   |   |   |   |   |
| Pieczątki i podpisy osób biorących udział w posiedzeniu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego |
| **ONKOLOG KLINICZNY** | **CHIRURG** | **RADIOTERAPEUTA** | **RADIOLOG** | **INNI SPECJALIŚCI** |
|  |  |  |  |  |  |