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** | | |
|  | |  | | | | |  |  | |  | |  |