

KLINICKÁ PREZENTÁCA – POKROČILÉ ALEBO METASTATICKÉ OCHORENIE

Vyšetrenia

- ◀ Stanovenie histologického podtypu.
- ◀ Odber tkaniva na molekulárne testovanie. Alebo aj odber séra na molekulárne testovanie

- Adenokarcinóm
- Veľkobunečný karcinóm

- Squamocelulárny karcinóm

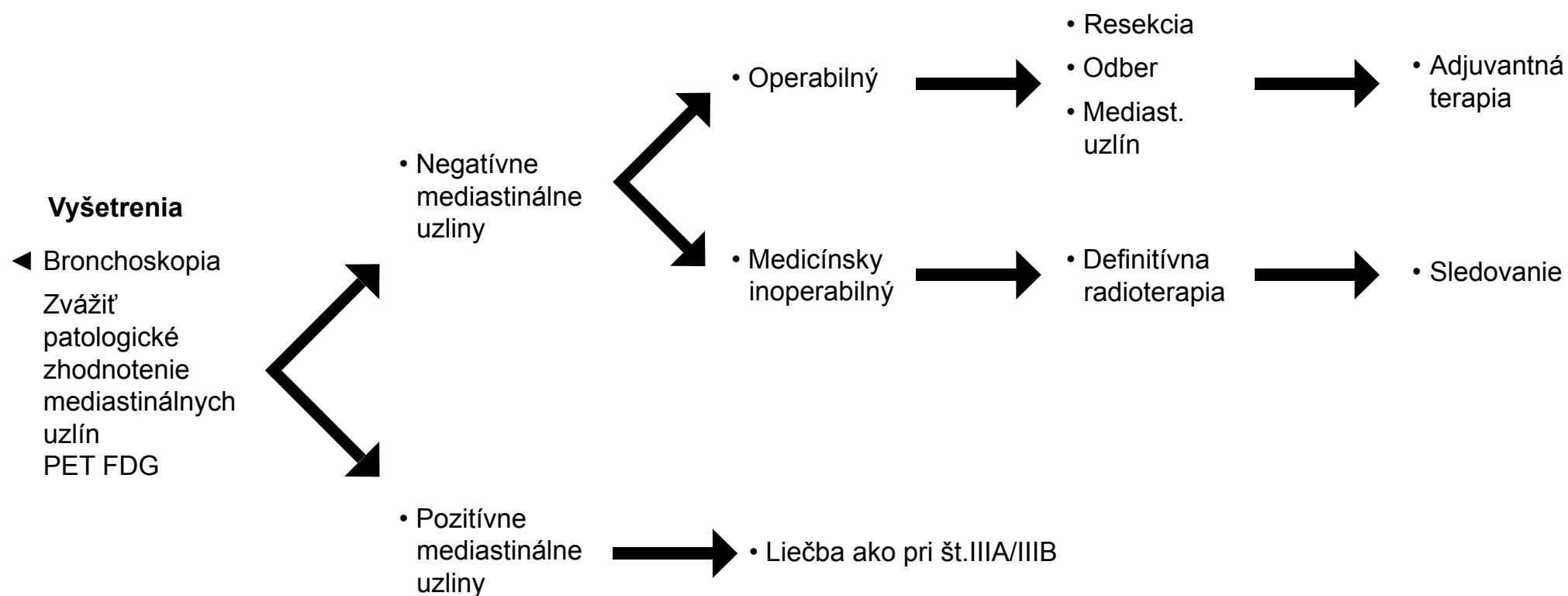
- Testovanie na prítomnosť mutácií: EGFR, ALK, RET, KRAS, ROS1, BRAF, NTRK1/2/3, MET14, HER2 (Testovanie širokým NGS), PD-L1

- Molekulárne testovanie len výnimočne

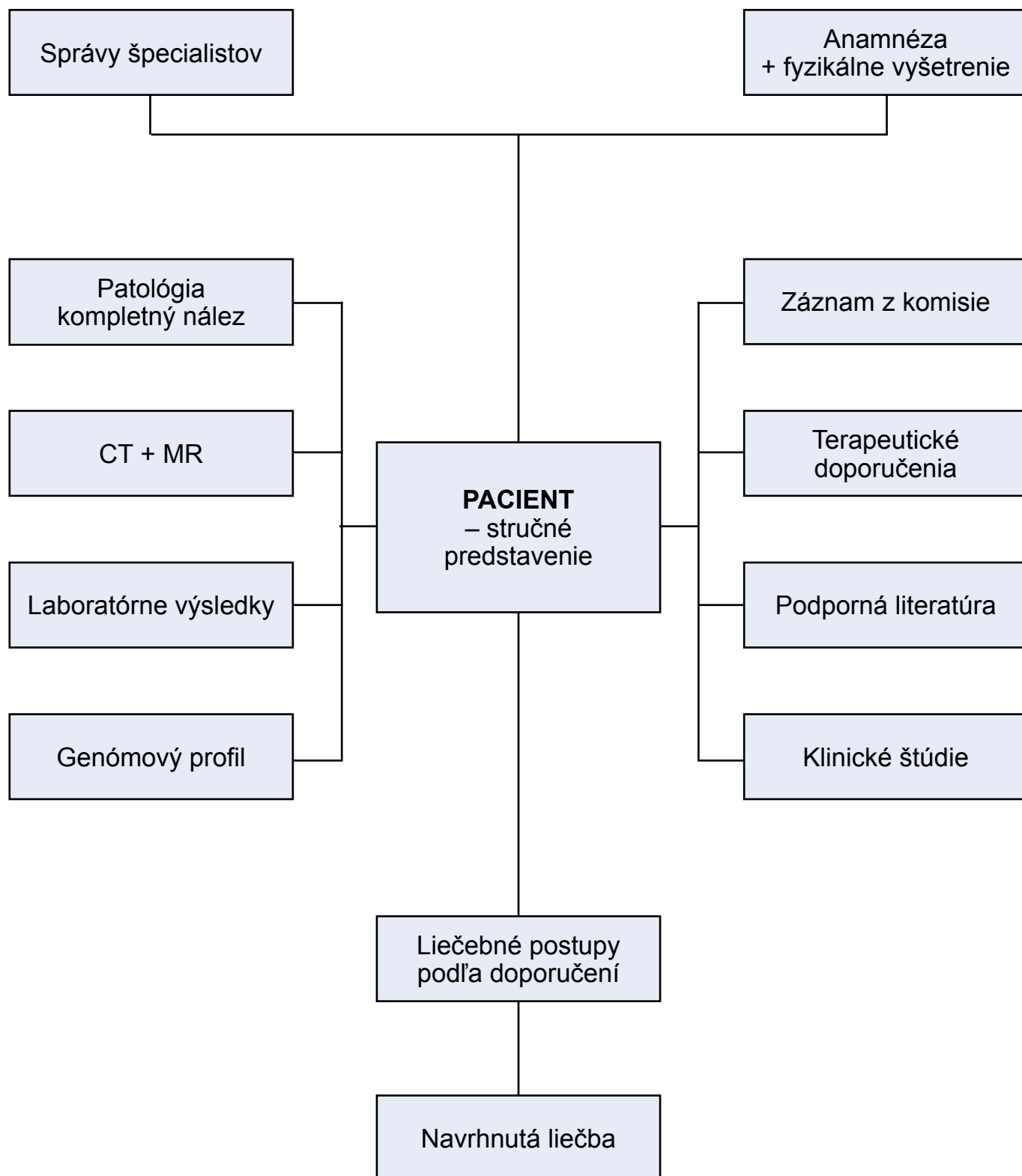
- Liečba podľa výsledku testovania

- Chemoterapia alebo liečba podľa výsledku testovania

KLINICKÉ ZHODNOTENIE ŠTÁDIUM IA



ONKOLOGICKÝ SUMÁR PRE NÁDOROVÚ KOMISIU



ONKOASIST - VSTUPNÝ DOTAZNÍK

Dátum ____/____/____		Dátum narodenia: ____/____/____
Krstné meno	Priezvisko	
V krátkosti popíšte svoj medicínsky problém		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

AKÉ LIEKY BERIETE

Prosím uveďte všetky lieky ktoré v súčasnosti užívate

Názov lieku	Dávka (počet tabletiiek /o sile/denne)	Ako dlho užívate
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Máte alergiu na lieky:		
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno Na ktoré:		
1.		
2.		
3.		

PREDCHÁDZAJÚCE OCHORENIA

Máte, alebo v minulosti ste prekonali niektoré z týchto ochorení

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Srdcov šelesty | <input type="checkbox"/> Kronova choroba |
| <input type="checkbox"/> Vysoký krvný tlak | <input type="checkbox"/> Zápal pľúc | <input type="checkbox"/> Divertikulitída |
| <input type="checkbox"/> Vysoký cholesterol | <input type="checkbox"/> Pľúcna embólia | <input type="checkbox"/> Chudokrvnosť |
| <input type="checkbox"/> Ochorenie štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Žltáčka |
| <input type="checkbox"/> Zvýšená funkcia štítnej žľazy | <input type="checkbox"/> Emfyzém | <input type="checkbox"/> Ochorenie pečene |
| <input type="checkbox"/> Onkologické ochorenie (druh) | <input type="checkbox"/> Porážka | <input type="checkbox"/> Žalúdočný vred |
| <input type="checkbox"/> Leukémia | <input type="checkbox"/> Epilepsia (záchvaty) | <input type="checkbox"/> Iné žalúdočné problémy |
| <input type="checkbox"/> Psoriáza | <input type="checkbox"/> Katarakty | <input type="checkbox"/> Reumatická horúčka |
| <input type="checkbox"/> Bolesť v hrudníku | <input type="checkbox"/> Ochorenie obličiek | <input type="checkbox"/> Tuberkulóza |
| <input type="checkbox"/> Kardiologické problémy | <input type="checkbox"/> L'advinové kamene | <input type="checkbox"/> AIDS |

Iné medicínske problémy – popíšte:

PREHĽAD MEDICÍNSKÝCH PROBLÉMOV PODĽA SYSTÉMOV

POZORovali STE ZA POSLEDNÉ 3 MESIACE NIEKTO RÝ Z TÝCHTO PROBLÉMOV?

CELKOVÉ

- ☐ Pribratie na váhe koľko kg
- ☐ Schudnutie koľko kg
- ☐ Zvýšená únavnosť
- ☐ Slabosť
- ☐ Zvýšená teplota
- ☐ Nočné potenie

KĽBY A KOSTI

- ☐ Bolesť chrbta
- ☐ Bolesť v kĺboch
- ☐ Svalovú slabosť
- ☐ Opuch kĺbov
- Kde?

UŠI

- ☐ Zvonenie v ušiach
- ☐ Strata sluchu

OČI

- ☐ Bolesť
- ☐ Začervenanie
- ☐ Prechodná strata zraku
- ☐ Dvojité, alebo hmlisté videnie
- ☐ Suchosť

HRDLO

- ☐ Časté bolesti hrdla
- ☐ Zachrípnutie
- ☐ Ťažkosti pri prehltaní
- ☐ Bolesť čelustí

SRDCE A PLŮCA

- ☐ Bolesť v hrudníku
- ☐ Búšenie srdca
- ☐ Dušnosť
- ☐ Závrate
- ☐ Opuch nôh
- ☐ Kašeľ suchý ☐ vlhký ☐
- vykašľavate krv Áno ☐ Nie ☐
- ako dlho

NERVOVÝ SYSTÉM

- ☐ Bolesť hlavy
- ☐ Závrate
- ☐ Náhlý kolaps, strata vedomia
- ☐ Trápnutie prstov
- ☐ Strata pamäti

ŽALÚDOK A ČREVÁ

- ☐ Nutkanie na zvracanie
- ☐ Pálenie záhy
- ☐ Bolesť žalúdka
- ☐ Zvracanie
- ☐ Žltáčka
- ☐ Opakovaná zápcha
- ☐ Hnačky viac ako dva dni
- ☐ Krv v stolici
- ☐ Čiernu stolicu

KOŽA

- ☐ Začervenanie
- ☐ Vyrážky
- ☐ Hrčky na koži
- ☐ Vypadávanie vlasov
- ☐ Zmeny farby na rukách, nohách

KRV

- ☐ Chudokrvnosť
- ☐ Krvné zrazeniny

OBLIČKY A MOČOVÝ MECHÚR

- ☐ Časté močenie
- ☐ Bolesťivé močenie
- ☐ Krv v moči
- ☐ Bolesť alebo opuch smeníkov

PRE ŽENY

- ☐ Abnormálny cytologický nález
- ☐ Nepravidelné menštruačné cykly
- ☐ Krvácanie medzi menštruáciami
- ☐ Kŕče a bolesť počas menštruácie

PSYCHIATRICKÉ

- ☐ Depresia
- ☐ Nadmerná ústaranosť?
- ☐ Problém zaspávať
- ☐ Problém s trvaním spánku
- ☐ Nechutenstvo
- ☐ Výkyvy nálady
- ☐ Plačlivosť
- ☐ Halucinácie
- ☐ Stres
- ☐ Podráždenosť
- ☐ Roztekanosť

INÉ PROBLÉMY:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

REPRODUKTÍVNA ANAMNÉZA

Vek prvej menštruácie			
Počet tehotenstiev			
Počet spontánnych potratov			
Počet medicínskych potratov			
Už ste dosiahli menopauzu?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	V akom veku
Máte pravidelné cykly	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	

RÔZNE

	ÁNO	NIE	KOL'KO	AKO DLHO
ALKOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Destiláty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FAJČÍTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FYZICKÁ AKTIVITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cvičíte pravidelne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menej ako 30 min <input type="checkbox"/>	Viac ako 30 min <input type="checkbox"/>
INÉ				

	ÁNO	PRAVIDELNE	NIE	EŠTE SA NEKVALIFIKUJEM
Každoročná preventívna prehliadka u svojho všeobecného lekára	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mamografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekologické prehliadky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kolonoskopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolica na okultné krvácanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologické vyšetrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>