

KLINICKÁ PREZENTÁCA – POKROČILÉ ALEBO METASTATICKÉ OCHORENIE

Vyšetrenia

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

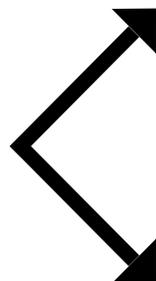
- Adenokarcinóm
- Veľkobunečný karcinóm



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



- Liečba podľa výsledku testovania



- Squamocelulárny karcinóm

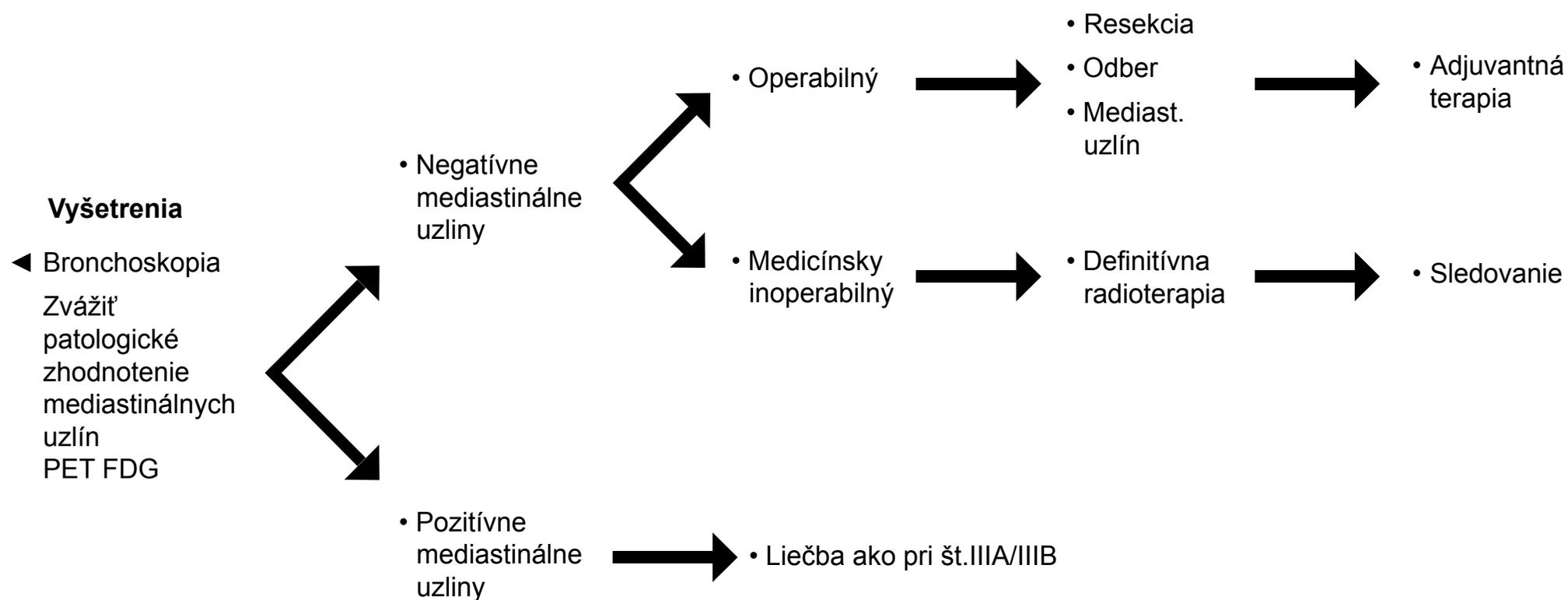


- Molekulárne testovanie len výnimočne

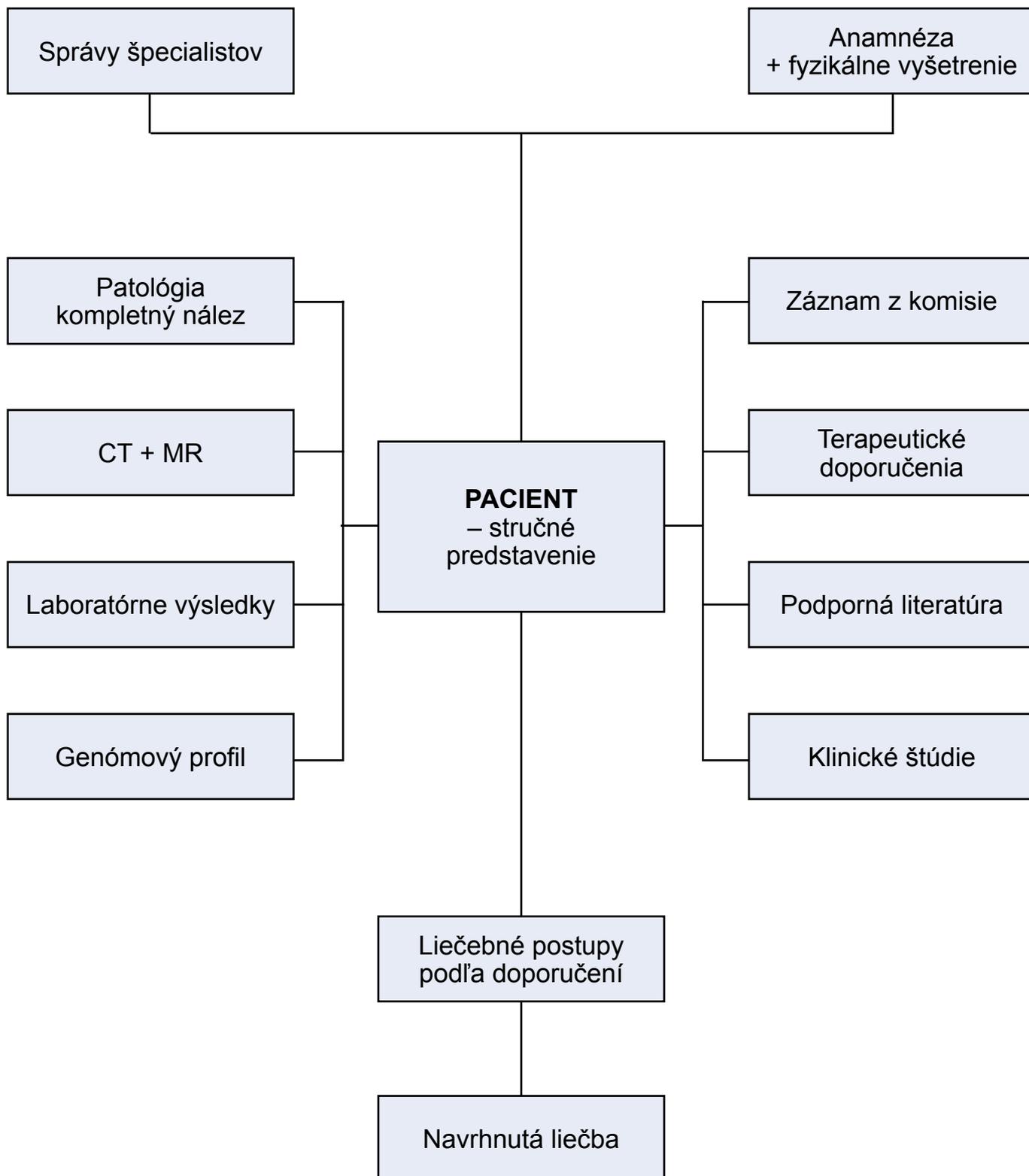


- Chemoterapia alebo liečba podľa výsledku testovania

KLINICKÉ ZHODNOTENIE ŠTÁDIUM IA



ONKOLOGICKÝ SUMÁR PRE NÁDOROVÚ KOMISIU



ONKOASIST - VSTUPNÝ DOTAZNÍK

Dátum ____/____/____	
Dátum narodenia: ____/____/____	
_____	_____
Krstné meno	Priezvisko
V krátkosti popíšte svoj medicínsky problém	

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 NIEKTOrÝ Z TÝCHTO PROBLÉMOV?

CELKOVÉ

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

KÍBY 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 _____
- Závrata _____
- Opuch nôh _____
- Kašeľ suchý vlhký
vykašliavate krv Áno Nie
ako dlho _____

NERVOVÝ SYSTÉM

- Bolesť hlavy _____
- Závrata _____
- Náhly kolaps, strata vedomia _____
- Trápnutie prstov _____
- Strata pamäti _____

ŽALÚDOK A ČREVÁ

- Nutkanie na zvracanie _____
- Pálenie žahy _____
- 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 ustaranosť? _____
- 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	KOLKO	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"/>