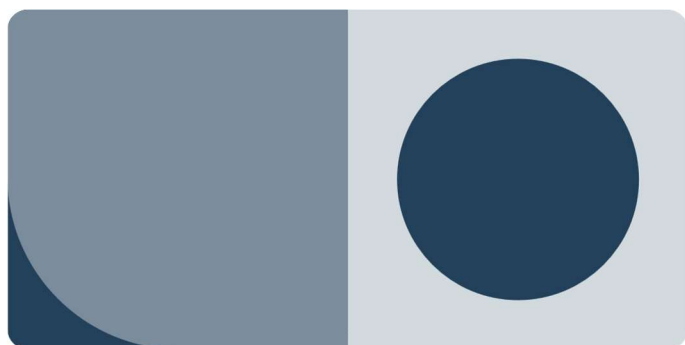


Rekomendacje Krajowego Ośrodka Monitorującego w zakresie diagnostyki przygotowującej pacjenta do wielodyscyplinarnego konsylium onkologicznego

Nowotwory płuca i klatki piersiowej

Wersja 1.0 Marzec 2026




Spis treści

Nowotwory płuca i klatki piersiowej – rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT)

a)	Rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34.....	3
b)	Rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34.....	3
c)	Rakowiak iCD 10	3
d)	Izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10: C78, C79, C80, C97	5
e)	Grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37.....	7
f)	Międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0	9
g)	Grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37.....	9
h)	Pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10 – C38	9
i)	Nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33	9
j)	Izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10 – C78, C79, C80, C97	9
k)	Międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0	12
l)	Nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33	15
m)	Rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34.....	17
n)	Rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34.....	17
o)	Rakowiak ICD 10	17
p)	Pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10: C38	19
	Spis tablic.....	21

Tab. 1. Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – c34, rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – c34, rakowiak

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSYLIIUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:												
a) Rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34 b) Rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34 c) Rakowiak iCD 10												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	R	
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th)	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data											
	wynik											
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
■ PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)										
■ Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE / <input type="checkbox"/> TAK W PRZESZŁOŚCI*											
■ Nadal pali	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*											
■ Paczkołata												
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie												
■ Leki przeciwkrzepliwe												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												

CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania I	Stopień zaawansowania II	Stopień zaawansowania III	Stopień zaawansowania IV	DATA BADANIA
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR głowy/ TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobнокomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobнокomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do lecz. neoadjuwantowego</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
<input type="checkbox"/> Spirometria FEV1 <i>(w przypadku przewidywanej radioterapii lub interwencji torakochirurgicznej)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE					
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> POZOSTAŁE BADANIA:					
<input type="checkbox"/> DLCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ekspresja białka PD-L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Badanie markerów molekularnych/Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem niepłaskonabłonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy


.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego na konsylium

UWAGI

RAKOWIAK

- nie wykonujemy rutynowo badań PD-L1 i NGS
- nie wykonujemy badań FDG - PET-CT

Tab. 2 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc C78, C79, C80, C97

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSYLIIUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:												
d) Izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10: C78, C79, C80, C97												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	R	
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th) <i>(pierwotnego nowotworu)</i>	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE <i>(pierwotnego nowotworu)</i>	data											
	wynik											
■ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)										
■ PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)										
■ Paczkołata												
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie												
■ Leki przeciwkrzepliwe												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												

CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania I	Stopień zaawansowania II	Stopień zaawansowania III	Stopień zaawansowania IV	DATA BADANIA
■ TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ BADANIA LABORATORYJNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM					
■ BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ POZOSTAŁE BADANIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Ekspresja białka PD-L1					
■ Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem niepłaskonabłonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ FDG PET-CT lub odpowiednie badanie PET-CT z innym radioznacznikiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MRI GŁOWY/ TK GŁOWY <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznany rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do neoadjuwantowego leczenia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
■ Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)


X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego na konsylium

UWAGI

- Dokładna diagnostyka miejsca operowanego z powodu pierwotnego nowotworu. Markery charakterystyczne dla nowotworów pierwotnych.

Tab. 3 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSYLIIUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ: e) Grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th) <i>(pierwotnego nowotworu)</i>	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE	data											
	wynik											
PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przebiegu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE* (.....%)											
■ Paczkolata												
■ Leki przeciwkrzepliwe												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												


CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	DATA BADANIA
	I	II	III	IV	
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR GŁOWY/ TK GŁOWY <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do neoadjuwantowego leczenia</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
<input type="checkbox"/> Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego na konsylium

Tab. 4 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0, grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37, pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10 – C38, nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33, izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10 – C78, C79, C80, C97

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ									
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk											
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSyliUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:											
f) Międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0 g) Grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37 h) Pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10 – C38 i) Nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33 j) Izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10 – C78, C79, C80, C97											
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	
METRYKA PACJENTA											
■ Imię i nazwisko pacjenta											
■ PESEL											
■ Rozpoznanie kliniczne											
■ TNM (wg AJCC 9th)	T			N			M				
■ Stopień zaawansowania klinicznego											
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data										
	wynik										
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja VATS	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data)									
■ PS ECOG/ WHO											
EPIKRYZA											
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)											
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)									
■ Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE / <input type="checkbox"/> TAK W PRZESZŁOŚCI*										
■ Nadal pali	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*										

<input type="checkbox"/> Paczkołata	
<input type="checkbox"/> Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie	
<input type="checkbox"/> Leki przeciwkrzepliwe	
<input type="checkbox"/> Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:	

CHECK-LIST

Nazwa badania	Stopień zaawansowania I	Stopień zaawansowania II	Stopień zaawansowania III	Stopień zaawansowania IV	DATA BADANIA
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR głowy/ TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do lecz. neoadjuwantowego</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
<input type="checkbox"/> Spirometria FEV1 <i>(w przypadku przewidywanej radioterapii lub interwencji torakochirurgicznej)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE					
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> B- HCG oraz AFP <i>(tylko w przypadku rakowiaka)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> POZOSTAŁE BADANIA:					
<input type="checkbox"/> DLCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ekspresja białka PD-L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem nieptaskonabtonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EBUS/EUS <i>(przy przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MEDIASTINOSKOPIA <i>(w międzybłoniaku opłucnej w przypadku planowanego radykalnego leczenia miejscowego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ **Brakujące badania do podjęcia decyzji**

- badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)
X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego na konsylium

UWAGA 1

- Wynik badania patomorfologicznego obejmujący ustalenie typu i podtypu histologicznego nowotworu, a w przypadku badania pooperacyjnego zawierający: rozpoznanie raka płuca (typ i podtyp histologiczny oraz stopień złośliwości), określenie stanu węzłów chłonnych, a także naczyń krwionośnych i chłonnych, ocenę stanu marginesów chirurgicznych i zaawansowania nowotworu według obowiązującej klasyfikacji patomorfologicznej - uzupełniony wynikami badań immunohistochemicznych

UWAGA 2

NOWOTWORY ŚRÓDPIERSIA

- OCENA poziomu B-HCG oraz AFP
- MRI klatki piersiowej (w przypadku podejrzenia nacieku serca i dużych naczyń)
- Nie wykonujemy badań PD-L1 i NGS

RAKOWIAK

- Nie wykonujemy rutynowo badań PD-L1 i NGS
- Nie wykonujemy badań FDG - PET-CT

MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ

- W każdym przypadku planowanego radykalnego leczenia miejscowego - mediastinoskopia lub EBUS/EUS węzłów chłonnych


NOWOTWORY PIERWOTNE TCHAWICY

- Nie wykonujemy rutynowo badania PET-CT, NGS i PD-L1

IZOLOWANE PRZERZUTY INNYCH NOWOTWORÓW DO PŁUC

- Dokładna diagnostyka miejsca operowanego z powodu pierwotnego nowotworu. Markery charakterystyczne dla nowotworów pierwotnych.
- FDG PET-CT lub odpowiednie badanie PET CT z innym radioznacznikiem (np. rak nerki)

Tab. 5 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSYLIIUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:												
k) Międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th)	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data											
	wynik											
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ VATS	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
■ PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)										
■ Palenie tytoniu	TAK / <input type="checkbox"/> NIE / <input type="checkbox"/> TAK W PRZESZŁOŚCI*											
■ Nadal pali	TAK / <input type="checkbox"/> NIE*											
■ Paczkołata												
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie												
■ Leki przeciwkrzepliwe												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												

CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania I	Stopień zaawansowania II	Stopień zaawansowania III	Stopień zaawansowania IV	DATA BADANIA
■ TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MR głowy/ TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do lecz. neoadjuwantowego</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
■ Spirometria FEV1 <i>(w przypadku przewidywanej radioterapii lub interwencji torakochirurgicznej)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
■ BADANIA LABORATORYJNE					
■ MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ POZOSTAŁE BADANIA:					
■ DLCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Test 6 min chodu (6MWD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ CPET <i>(w przypadku wątpliwości co do oceny wydolności)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Ekspresja białka PD-L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem niepłaskonabłonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
■ Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
■ MEDIASTINOSKOPIA <i>(w międzybłoniaku optycznej w przypadku planowanego radykalnego leczenia miejscowego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ Brakujące badania do podjęcia decyzji	
--	--


badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)
X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego na konsylium

UWAGA

- w każdym przypadku planowanego radykalnego leczenia miejscowego - mediastinoskopia lub EBUS/EUS węzłów chłonnych

Tab. 6 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej; nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSyliUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:												
l) Nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th)	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data											
	wynik											
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
■ PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)										
■ Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE / <input type="checkbox"/> TAK W PRZESZŁOŚCI*											
■ Nadal pali	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*											
■ Paczkołata												
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie												
■ Leki przeciwkrzepliwe												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												


CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	DATA BADANIA
	I	II	III	IV	
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE					
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> POZOSTAŁE BADANIA:					
<input type="checkbox"/> Ekspresja białka PD-L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem nieptaskonabtonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MRI głowy/TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do neoadjuwantowego leczenia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego na konsylium

Tab. 7 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34, rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34, rakowiak

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ										
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk												
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSyliUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:												
m) Rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34 n) Rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34 o) Rakowiak ICD 10												
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R		
METRYKA PACJENTA												
■ Imię i nazwisko pacjenta												
■ PESEL												
■ Rozpoznanie kliniczne												
■ TNM (wg AJCC 9th)	T			N			M					
■ Stopień zaawansowania klinicznego												
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data											
	wynik											
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data										
■ PS ECOG/ WHO												
EPIKRYZA												
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)												
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przebiegu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)										
■ Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE / <input type="checkbox"/> TAK W PRZESZŁOŚCI*											
■ Nadal pali	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*											
■ Paczkołata												
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie												
■ Leki przeciwkrzepliwne												
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:												

CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	DATA BADANIA
	I	II	III	IV	
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR głowy/ TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do lecz. neoadjuwantowego</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
<input type="checkbox"/> Spirometria FEV1 <i>(w przypadku przewidywanej radioterapii lub interwencji torakochirurgicznej)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> PET-CT <i>(przy kwalifikacji do radykalnego leczenia)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE					
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> POZOSTAŁE BADANIA:					
<input type="checkbox"/> DLCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Test 6 min chodu (6MWD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CPET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ekspresja białka PD-L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Badanie sekwencjonowania nowej generacji (NGS) <i>(u chorych z rakiem niepłaskonabłonkowym)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(pacjenci z guzem szczytu płuca lub guzem śródpiersia przedniego potencjalnie do leczenia operacyjnego)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)


X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego na konsylium

UWAGA

- RAKOWIAK**
 - nie wykonujemy rutynowo badań PD-L1 i NGS
 - nie wykonujemy badań FDG - PET-CT

Tab. 8 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej; pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10: C38

 Krajowy Ośrodek Monitorujący		KLINIKA NOWOTWORÓW PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ CHECKLISTA NA MDT/KONSULTACJĘ									
Konsultacja merytoryczna: prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, ordynator Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK i prof. Witold Rzyman – kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, UCK Gdańsk											
REKOMENDACJE W ZAKRESIE NIEZBĘDNEJ DOKUMENTACJI DO PRZEPROWADZENIA KONSyliUM (WZT) - NOWOTWORY PŁUCA I KLATKI PIERSIOWEJ:											
p) Pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10: C38											
Data konsylium	D	D	-	M	M	-	R	R	R	R	
METRYKA PACJENTA											
■ Imię i nazwisko pacjenta											
■ PESEL											
■ Rozpoznanie kliniczne											
■ TNM (wg AJCC 9th)	T				N			M			
■ Stopień zaawansowania klinicznego											
■ ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE (preferowane) i/lub CYTOLOGICZNE	data										
	wynik										
■ BRONCHOFIBEROSKOPIA/ EBUS/EUS/ BIOPSJA przezklatkowa/ Bronchonawigacja	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data									
	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(data									
■ PS ECOG/ WHO											
EPIKRYZA											
■ Objawy (od kiedy, jakie i stopień nasilenia)											
■ Ocena utraty masy - ocena utraty masy ciała w przeciągu ostatnich 3 miesięcy w % w stosunku do masy wyjściowej	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE*	(.....%)									
■ Paczkolata											
■ Ocena ryzyka narażenia na azbest i metale ciężkie											
■ Leki przeciwkrzepliwe											
■ Choroby współistniejące, inne nowotwory w wywiadzie, wywiad rodzinny:											

CHECK-LIST					
Nazwa badania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	Stopień zaawansowania	DATA BADANIA
	I	II	III	IV	
<input type="checkbox"/> TK klatki piersiowej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> TK jamy brzusznej z kontrastem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR głowy/ TK głowy <i>(w przypadku przeciwwskazań do MR lub długiego okresu oczekiwania) u chorych z rozpoznaniem rakiem drobnokomórkowym lub objawami przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, u chorych z rakiem nie drobnokomórkowym w stopniu IIB I III oraz kwalifikowani do neoadjuwantowego leczenia</i>	X	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> przed leczeniem radykalnym	<input type="checkbox"/> w ramach kwalifikacji do programu terapeutycznego	
<input type="checkbox"/> BADANIA LABORATORYJNE					
<input type="checkbox"/> MORFOLOGIA KRWI Z ROZMAZEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> BADANIA BIOCHEMICZNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> POZOSTAŁE BADANIA:					
<input type="checkbox"/> B-HCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Inne badania w zależności od sytuacji klinicznej					
<input type="checkbox"/> Scyntygrafia kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Echokardiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konsultacje specjalistyczne w przypadku chorób współistniejących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MR KLATKI PIERSIOWEJ <i>(w przypadku podejrzenia nacieku serca i dużych naczyń)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EBUS/EUS <i>(przypadku podejrzenia przerzutu do węzłów chłonnych śródpiersia i wnęki)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Brakujące badania do podjęcia decyzji					

badania obligatoryjne (zaznaczyć jeśli wykonane)

X - nie dotyczy

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego na konsylium

Spis tablic

Tab. 1. Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – c34, rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – c34, rakowiak.....	3
Tab. 2 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc C78, C79, C80, C97	5
Tab. 3 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37	7
Tab. 4 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0, grasiczak i pierwotne raki grasicy ICD 10 – C37, pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10 – C38, nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33, izolowane przerzuty innych nowotworów do płuc ICD 10 – C78, C79, C80, C97	9
Tab. 5 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: międzybłoniak opłucnej ICD 10 – C45.0.....	12
Tab. 6 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: nowotwory pierwotne tchawicy ICD 10 – C33	15
Tab. 7 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: rak płuca niedrobnokomórkowy (wszystkie typy) ICD 10 – C34, rak płuca drobnokomórkowy ICD 10 – C34, rakowiak	17
Tab. 8 Rekomendacje w zakresie niezbędnej dokumentacji do przeprowadzenia konsylium (WZT) – nowotwory płuca i klatki piersiowej: pierwotne nowotwory zarodkowe w lokalizacji śródpiersia ICD 10: C38	19

KOM Krajowy
Ośrodek
Monitorujący

 **Narodowy
Instytut
Onkologii**
im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowy Instytut Badawczy

