

Kwestionariusz weryfikujący do zabiegów chirurgicznych z użyciem procedur PIPAC/HIPEC dla pacjentów z chorobą przerzutową

1. **Data diagnozy**

2. **Nowotwór pierwotny: typ**

3. **Usytuowanie zmiany pierwotnej**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nowotwory głowy i układu nerwowego | <input type="checkbox"/> nowotwory płuc i oskrzeli |
| <input type="checkbox"/> przełyk – górna część | <input type="checkbox"/> przełyk – dolna część – wpust żołądka |
| <input type="checkbox"/> nowotwory żołądka | <input type="checkbox"/> trzustka |
| <input type="checkbox"/> wątroba | <input type="checkbox"/> nowotwory jelit i odbytu |
| <input type="checkbox"/> nowotwory typu śluzakowego (otrzewna, wyrostek robaczkowy) | |
| <input type="checkbox"/> nowotwory jajnika | <input type="checkbox"/> nowotwory szyjki macicy i macicy |
| <input type="checkbox"/> nowotwory nerek | <input type="checkbox"/> nowotwory pęcherza |
| <input type="checkbox"/> inne nowotwory urologiczne (prostata, jądro) | <input type="checkbox"/> inne nowotwory |

4. **Czy było stosowane leczenie systemowe (chemio, immunoterapia, radioterapia)**

TAK

NIE

Jeśli tak podać daty kuracji i schematy chemioterapii

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Czy występują przerzuty:**

TAK

NIE

6. **Proszę wskazać na podstawie ostatniego wyniku badania obrazowego miejsca zmian przerzutowych**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> otrzewna | |
| <input type="checkbox"/> policzalne zmiany | <input type="checkbox"/> niepoliczalne zmiany /wszczepy |
| <input type="checkbox"/> płuca | |
| <input type="checkbox"/> policzalne zmiany | <input type="checkbox"/> niepoliczalne zmiany |
| <input type="checkbox"/> wątroba | |
| <input type="checkbox"/> policzalne zmiany | <input type="checkbox"/> niepoliczalne zmiany |
| <input type="checkbox"/> kości | |
| <input type="checkbox"/> węzły chłonne – które? | |
| <input type="checkbox"/> układ nerwowy | |
| <input type="checkbox"/> skóra | <input type="checkbox"/> inne organy/miejsca |

Kwestionariusz weryfikujący do zabiegów chirurgicznych z użyciem procedur PIPAC/HIPEC dla pacjentów z chorobą przerzutową

7. Czy występuje wodobrzusze

TAK

NIE

Jeśli tak – czy było osuszane? (odprowadzanie nadmiaru płynu)

TAK

NIE

Jeśli tak proszę podać daty zabiegów

.....
.....
.....

8. Odżywianie pacjenta

Odżywianie doustne – dieta naturalna

Odżywianie doustne z suplementacją (preparaty odżywcze typu ONS)

Żywienie przez sondę

Żywienie przez gastrostomię odżywczą (PEG)

Żywienie przez jejunostomię

Żywienie pozajelitowe przez dostęp obwodowy (PPN)

Żywienie pozajelitowe przez dostęp centralny (TPN)

Inne (proszę podać jakie).....

9. Czy wyłoniono

kolostomię

ileostomię

urostomię

10. Stan ogólny pacjenta

pacjent samodzielny

pacjent leżący

pacjent nie przyjmujący posiłków

pacjent w terapii bólu

pacjent z zakończonym leczeniem systemowym – ze skierowaniem do hospicjum

11. Informacje o pacjencie i dotychczasowym miejscu leczenia

- Nazwa placówki prowadzącej - gdzie pacjent jest leczony?

.....

- Nazwisko lekarza prowadzącego:

- Numer telefonu kontaktowy do pacjenta

- Imię i nazwisko pacjenta

- Data urodzenia

- Miejsce zamieszkania – województwo