Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 10/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 stycznia 2024 r.

**INDYWIDUALNA KARTA LECZENIA CHOREGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………. | | |
|  |  | Nazwisko i imię | | |
| **PESEL**: ……………………………………. | |  |  |  |
| **Rozpoznanie:** ……………………………………………………………………… | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **OKRESOWA OCENA SKUTECZNOŚCI CHEMIOTERAPII** | | |  |  |
| **Lp.** | **Wykaz wykonanych świadczeń medycznych** | Data porady | | |
|  |  |  |
| 1 | Morfologia krwi z rozmazem |  |  |  |
| 2 | OB. |  |  |  |
| 3 | Białko C-reaktywne |  |  |  |
| 4 | Białko całkowite |  |  |  |
| 5 | Albumina |  |  |  |
| 6 | Bilirubina |  |  |  |
| 7 | Mocznik |  |  |  |
| 8 | Kreatynina |  |  |  |
| 9 | Elektrolity w surowicy |  |  |  |
| 10 | Wapń |  |  |  |
| 11 | AspAT |  |  |  |
| 12 | AIAT |  |  |  |
| 13 | Fosfataza alkaliczna |  |  |  |
| 14 | Dehydrogenaza mleczanowa LDH |  |  |  |
| 15 | Glutamylotranspeptydaza GGTP |  |  |  |
| 16 | Glukoza w surowicy |  |  |  |
| 17 | Czas kaolinowo - kefalinowy |  |  |  |
| 18 | Czas krwawienia |  |  |  |
| 19 | Produkty degradacji fibryny / fibrynogenu FDP |  |  |  |
| 20 | Badanie ogólne moczu |  |  |  |
| 21 | Beta 2 mikroglobulina |  |  |  |
| 22 | FT3 |  |  |  |
| 23 | FT4 |  |  |  |
| 24 | TSH |  |  |  |
| 25 | FSH |  |  |  |
| 26 | LH |  |  |  |
| 27 | Estradiol |  |  |  |
| 28 | Progesteron |  |  |  |
| 29 | Testosteron |  |  |  |
| 30 | CEA |  |  |  |
| 31 | Ca 15-3 |  |  |  |
| 32 | Mammografia piersi |  |  |  |
| 33 | Zdjęcie rtg klatki piersiowej |  |  |  |
| 34 | Zdjęcie rtg jamy nosowej i gardła |  |  |  |
| 35 | USG jamy brzusznej |  |  |  |
| 36 | USG transrektalne jelita grubego |  |  |  |
| 37 | Echo serca |  |  |  |
| 38 | EKG |  |  |  |
| 39 | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa /BAC/ pod kontrolą usg z jednego narządu- więcej niż jedno miejsce diagnozowane |  |  |  |
| 40 | Cellblock z badaniem HP |  |  |  |
| 41 | Immunofenotyp komórek hemopoetycznych - barwienie cytoplazmatyczne |  |  |  |
| 42 | Badanie immunohistochemiczne na materiale parafinowym i na preparatach cytologicznych |  |  |  |
| 43 | Badanie histopatologiczne |  |  |  |
| 44 | Test w kierunku HIV |  |  |  |
| 45 | Usg obwodowe węzłów chłonnych |  |  |  |
| 46 | Inne świadczenia opieki zdrowotnej |  |  |  |
|  | 1……………………………………. |  |  |  |
|  | 2……………………………………. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy udzielaniu świadczeń w zakresie chemioterapii, zobowiązany jest do stosowania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |