

KRYTERIA KWALIFIKACJI

1. Choroby nowotworowe:

1. pojedynczy guzek płuca o średnicy > 1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami;
2. niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny jego zaawansowania przed planowaną resekcją lub radykalną radioterapią, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania z wyjątkiem raka oskrzelikowo pęcherzykowego i nowotworów neuroendokrynnych lub rozpoznanych wcześniej przerzutów odległych);
3. niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii;
4. chłoniak Hodgkina i chłoniaki nie-hodgkinowskie, w celu wstępnej oceny stopnia zaawansowania lub oceny skuteczności chemioterapii lub wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli inne badania obrazowe nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania;
5. rak jelita grubego, w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania lub wczesnego rozpoznania nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń markerów lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
6. rak przełyku, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
7. ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie raka zlokalizowanej w trzustce lub w wątrobie, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe;
8. rak piersi, w celu wykluczenia odległych przerzutów, kiedy wyniki innych badań są niejednoznaczne lub w przypadku przerzutów do pachowych węzłów chłonnych z ogniska o nieznanym położeniu i podejrzeniem ogniska pierwotnego w gruczole piersiowym;
9. czerniaki z klinicznymi przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych w celu wykluczenia przerzutów do narządów odległych, z potencjalnie operacyjnymi przerzutami do narządów odległych lub z przerzutem bez ustalonego ogniska pierwotnego;
10. rak jajnika, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
11. nowotwory nabłonkowe głowy i szyi, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne;
12. nowotwory złośliwe mózgu, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji;
13. rak tarczycy, w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu stężenia tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu (niezbędne wcześniejsze wykonanie scyntygrafii 131I);
14. podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik 18F);
15. planowanie radykalnej radioterapii o modulowanej intensywności wiązki, w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji lub proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
16. nowotwory jądra (z wyjątkiem dojrzałych potworniaków), w celu oceny ich zasięgu i skuteczności leczenia (w tym obecności resztkowego guza i rozpoznania nawrotu), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
17. rak gruczołu krokowego i rak nerki, w celu rozpoznania nawrotu (przerzutów) po radykalnym leczeniu (tylko za pomocą PET ze znakowaną choliną lub octanem), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
18. mięsaki, w celu oceny skuteczności chemioterapii (po 1-3 kursach, w porównaniu z wyjściowym badaniem) i wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
19. nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie;
20. przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań.

2. Choroby serca:

- 1) badania perfuzyjne serca:
 - a) podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli inne badania diagnostyczne (w tym szczególnie badanie perfuzyjne SPECT) nie pozwalają na jednoznaczne określenie rozpoznania – jako badanie rozstrzygające;
 - b) podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania jeśli czynniki obiektywne wskazują na możliwość uzyskania wyniku fałszywego w klasycznych badaniach SPECT (otyłość, mastektomia, duży biust, wszczepy, inne) – jako badanie podstawowe;
- 2) badanie w kierunku oceny żywotności mięśnia sercowego.

3. Choroby układu nerwowego: rozpoznana padaczka lekooporna z planowanym leczeniem operacyjnym

Data wystawienia dokumentu:	<input type="checkbox"/> Karta DiLO	<input type="checkbox"/> Stabilny	<input type="checkbox"/> Pilny
-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

DANE PACJENTA

Imię:	Nazwisko:
-------	-----------

PESEL	Telefon:
-------	----------

Adres: ulica, nr domu i lokalu, kod pocztowy, miasto, województwo:

Rozpoznanie kliniczne:	Kod ICD10:
------------------------	------------

Rozpoznanie histopatologiczne:
Biopsja: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Cel badania:

DOTYCHCZASOWE LECZENIE

Chirurgiczne	Chemioterapia	Radioterapia
<input type="checkbox"/> Nie leczony	<input type="checkbox"/> Nie leczony	<input type="checkbox"/> Nie leczony
<input type="checkbox"/> Data zabiegu	<input type="checkbox"/> W trakcie: Data ost.....	<input type="checkbox"/> W trakcie: Data ost.....
	<input type="checkbox"/> Zakończono, data	<input type="checkbox"/> Zakończono, data

Krótki opis leczenia/zabiegów:

POPZEDNIE BADANIA OBRAZOWE

USG	TK	MR	Scyntygrafia	PET
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:

Do skierowania należy dołączyć opisy i zdjęcia poprzednich badań obrazowych, karty informacyjne z hospitalizacji oraz istotną dokumentację medyczną.

INFORMACJE DODATKOWE

Cukrzyca (TYP):	Cięża	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Poziom glukozy: Leczenie:	Karmienie piersią	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Leki <input type="checkbox"/> Insulina	Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Klaustrofobia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Wzrost:	Waga:
---------	-------

Pieczętka jednostki kierującej	Pieczętka i podpis lekarza kierującego	Telefon kontaktowy do lekarza kierującego
--------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------