



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie.

Każda sekcja może być drukowana na odrębnej stronie.

obowiązkowy
nr karty DiLO

IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie i powielany na każdej stronie) **12345678901** (unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego powielany na każdej stronie)

AA. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Data sporządzenia
A2. Wydana w:
☐ podstawowej opiece zdrowotnej ☐ ambulatoryjnej opiece specjalistycznej
☐ szpitalu ☐ programach zdrowotnych

AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A4. Nazwa świadczeniodawcy
A5. Adres świadczeniodawcy

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

AC.1. DANE PACJENTA

A6. Nazwisko
A7. Imię (imiona)
A8. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
A9. Wystawiono noworodkowi ☐
A10. Numer kolejny noworodka
A11. Data urodzenia
A12. Płeć
A13. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)
A14. Numer telefonu
A15. Adres poczty elektronicznej

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

A16. Nazwisko
A17. Imię (imiona)
A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego

BA. WYDANIE KARTY W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ/AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ/ PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

BA.1. PODEJRZENIE/ROZPOZNANIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

B1. Kod jednostki chorobowej
B2. Nazwa jednostki chorobowej

BB. DALSZE POSTĘPOWANIE

B3. Dalsze postępowanie:
☐ skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej w zakresie:
☐ skierowanie na diagnostykę pogłębiającą do poradni specjalistycznej w zakresie:
☐ skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale: prosimy o przemyślenie decyzji skierowania pacjenta na zabieg diag.-lecz.
☐ skierowanie na diagnostykę wstępną przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych do poradni specjalistycznej w zakresie:

BC. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ

B4. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który wydał kartę
B5. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego wydano kartę

CA. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA

CA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ

C1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej
C2. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną

CB. WYNIK DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ

C3. Kod jednostki chorobowej
C4. Nazwa jednostki chorobowej
C5. Data porady zakończonej rozpoznaniem

CC. DALSZE POSTĘPOWANIE

C6. Dalsze postępowanie:
☐ skierowanie na diagnostykę pogłębiającą w poradni specjalistycznej tej samej specjalności
☐ skierowanie na diagnostykę pogłębiającą w poradni specjalistycznej innej specjalności:
☐ skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale:
☐ zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

CD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ

C7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który zakończył etap diagnostyki wstępnej
C8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę wstępną

podjęcie
choroby
nowotworowej