

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

здравен район

регистрационен номер на лечебното заведение

.....
име на лечебното заведение

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ХЕМАТОЛОГИЯ

Към Решение № / дата: .. на Клинична комисия по хематология

Комисия, назначена със Заповед №..... определя следното лекарство лечение на базата на взетото решение при пациента:

ПАЦИЕНТ ЕГН ЛНЧ ССН гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

РЗОК №.

здравен район

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Пол м/ж

Идентификационен номер на пациента

код на държава

дата на раждане ..

.....
име, презиме и фамилия

Ръст (см)

Тегло (кг)

Телесна повърхност (кв. м)

Диагноза: МКБ 10 .

Предиктивен маркер (където е приложимо), (по номенклатура):

№

Име маркер

(+/-)

.....
.....

При лечение за химиотерапия/прицелна терапия/имунотерапия/растежни фактори/симптоматично лечение:

Линия на терапия: първа линия втора линия трета линия четвърта линия пета и следваща линия

Схема (наименование):

.....

.....

Тип терапия	АТС	Международно непатентно наименование /INN/	Ден/дни	Стандартна доза	Индивидуална доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Доза за цикъл (mg/mcg/IU/MIU/MU)	Обща доза (mg/mcg/IU/MIU/MU)
.....							

Брой цикли (повторения): Оценка след цикъл №

Протоколът е валиден до 180 дни, считано от началото на лечението по схемата.

Комисия в състав:

	специалност	УИН на лекар	Имена на лекар, подпис
Председател:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Членове:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва при получаване на протокола

Пациент (родител/настойник).....

(подпис)