



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros"

Ļaundabīgo audzēju recidīvu primārā un sekundārā diagnostika, nosakot secīgu izmeklējumu nepieciešamību noteiktu simptomu vai iepriekšējo izmeklējumu rezultātu gadījumā un iekļaujot vienotu konsiliju veidlapu

Aizkuņģa dziedzeris

KLĪNISKAIS ALGORITMS

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta "Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā" (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM 2022/29/ESF) ietvaros

Darba grupas dalībnieki: Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

2023

Saturs

| | |
|--|----|
| Saturs..... | 2 |
| Ievads | 3 |
| Algoritma lietotāju mērķa grupa..... | 3 |
| Saīsinājumi..... | 3 |
| Klīniskā algoritma shēma | 5 |
| Klīniskā algoritma apraksts..... | 6 |
| Atsauces | 10 |
| Pielikumi..... | 10 |
| Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem | 10 |
| Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem | 11 |
| Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību..... | 12 |

Ievads

Aizkuņģa dziedzera vēzis ir viena no biežākajām ļaundabīgajām slimībām Latvijā. 2017. gadā reģistrēti 454 primāri saslimšanas gadījumi (23,4 uz 100 000 iedzīvotāju), no saslimušajiem 199 bija vīrieši un 255 sievietes. 83,7% pacientu bija vecumā virs 60 gadiem. I–III stadijas audzējs diagnosticēts 85 pacientiem (18,7%), bet IV stadijas vai neprecizētas stadijas aizkuņģa dziedzera vēzis, kad ķirurģiska ārstēšana nav vairs iespējama, diagnosticēts 369 pacientiem (81,3%).

5 gadu izdzīvotība visu stadiju aizkuņģa dziedzera vēža pacientiem 2012.–2017. gadā bija 6,3%, kas ir viens no zemākajiem rādītājiem. Pēc radikālas ķirurģiskas operācijas vidējā kopējā izdzīvotība ir 2–4 gadi, bet vidējais laiks līdz progresijai (lokālajam recidīvam vai metastāzēm) ir 12–30 mēneši, tāpēc pacientam ar iepriekš ķirurģiski ārstētu aizkuņģa dziedzera vēzi būtu jāatrodas stingrā uzraudzībā pie ķirurga, onkologa ķīmijterapeita vai ģimenes ārsta.

Algoritma lietotāju mērķa grupa

- Ķirurgi (P 03)
- Gastroenterologi (A 016)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Onkologi ķīmijterapeiti (P 16)
- Radiologi terapeiti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Atbilstošo specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

Ārstu pamatspecialitāšu un apakšspecialitāšu kodi atbilst 2016. gada 24. maija MK noteikumiem Nr.317.

Saīsinājumi

CT – datortomogrāfija

ECOG – *Eastern Cooperative Oncology Group*

HPB – hepatopankreatobiliārs

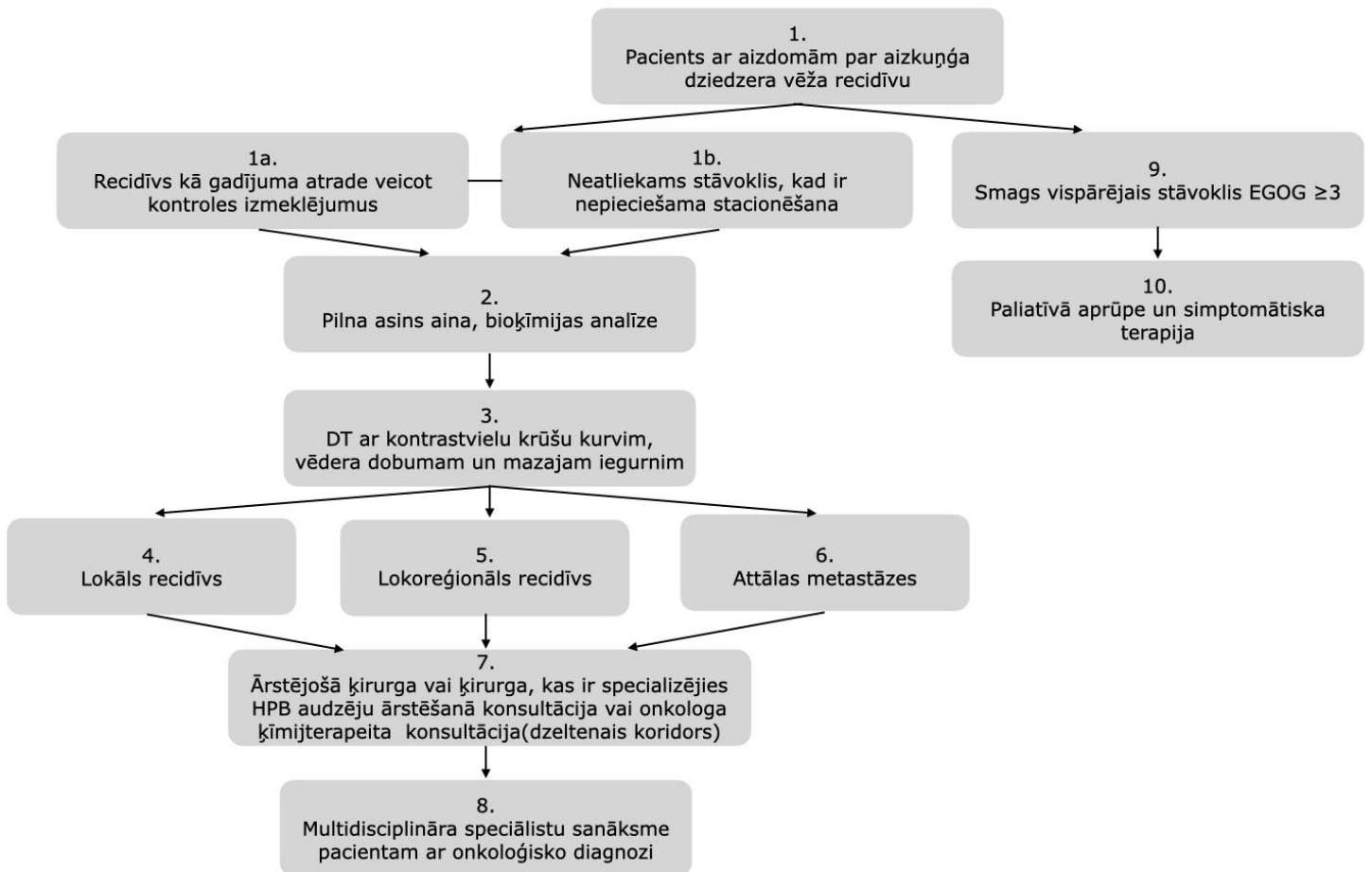
i/v – intravenoza

MR – magnētiskā rezonanse

PSKUS – Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca

RAKUS – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

Klīniskā algoritma shēma



Klīniskā algoritma apraksts

1. Pacients ar aizdomām par aizkuņģa dziedzera vēža recidīvu

Pacienti ar sākotnēju I–III stadijas rezecējamu aizkuņģa dziedzera vēzi standarta ārstēšanas taktika ir radikāla operācija un ķīmijterapija. Pēc radikālas ārstēšanas pacients atrodas ārstējošā ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita dinamiskā novērošanā vienā no ārstniecības iestādēm, kas nodarbojas ar hepatopankreatobiliāro audzēju multidisciplināru ārstēšanu un veic regulāras pārbaudes sakarā ar augsto recidīva un metastazēšanās risku.

Par iespējamu aizkuņģa dziedzera vēža progresiju – lokālu recidīvu vai metastāzēm – var liecināt šādas pacienta sūdzības:

- sāpes vēdera dobumā – epigastrijā – vai jostveidīgas ar izstarojumu uz muguru;
- pasliktināta apetīte, šķebinašana, svara zudums;
- progresējošs nespēks, dzelte;
- vēdera apjoma palielināšanās ascīta un intraabdominālo metastāžu dēļ.

Lokālu recidīvu vai metastāzes var atklāt, arī neesot simptomiem, – kontroles radioloģiskajos izmeklējumos vai kā gadījuma atradi, izmeklējot pacientu citu indikāciju dēļ.

1.a. Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir stabils (ECOG 0–2) un recidīvs ir atklāts kontroles izmeklējumos vai kā gadījuma atrade, tad ģimenes ārsts, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacientu nosūta pie ārstējošā ķirurga vai cita abdominālā ķirurga, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai ārstējošā onkologa ķīmijterapeita vienā no četrām ārstniecības iestādēm (RAKUS, PSKUS, Daugavpils reģionālā slimnīca vai Liepājas reģionālā slimnīca).

1.b. Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir strauji pasliktinājies un ir progresējoši simptomi (piemēram, dzelte, ileuss, ascīts), tad pacients neatliekami tiek stacionēts tuvākajā reģionālajā slimnīcā, lai koriģētu simptomus. Stacionārā jāveic CT krūškurvim un vēdera dobumam ar i/v kontrastvielu, kā arī jānosaka vēža marķieri asinīs (CEA, CA19-9). Pēc akūtā stāvokļa atrisināšanas, ja pacienta vispārējais stāvoklis ir saglabāts (ECOG 0–2), pacients, izmantojot “dzeltenu koridoru”, ir jānosūta pie sava ārstējošā ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita turpmākās ārstēšanas taktikas izvēlei.

Aprakstītā rīcība simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā neattiecas uz pacientiem, kam jau iepriekš onkologu konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un/vai paliatīvu aprūpi. Šiem pacientiem jāturpina simptomātiska terapija dzīvesvietā.

2. Pilna asinsaina un bioķīmisko rādītāju noteikšana

Pirmā izvēles izmeklēšanas metode ir pilna asinsaina un bioķīmisko rādītāju (aknu transamināžu ALAT, ASAT, kopējā bilirubīna, kreatinīna) noteikšana, kas var norādīt uz progresējošu anēmiju, holestāzi, aknu funkcijas traucējumiem).

3. Datortomogrāfija (CT) krūškurvim, vēdera dobumam un mazajam iegurnim ar intravenozu kontrastvielu

Alternatīva metode ir MR izmeklējums, ja CT ir kontrindicēta.

CT izmeklējuma mērķis ir lokālā recidīva vai attālo metastāžu noteikšana plaušās, videnes limfmezglos, vēdera dobuma un retroperitoneālās telpas limfmezglos, aknās, vēderplēvē, kaulos.

CT izmeklējums jāveic ar jodu saturošas i/v kontrastvielas ievadi.

4. Lokāls recidīvs

Lokāls recidīvs tiek diagnosticēts CT vai MR. Lokāla recidīva gadījumā novēro audzēja augšanu atlikušajā aizkuņģa dziedzera daļā vai operācijas ložā.

5. Lokoreģionāls recidīvs

Lokoreģionāls recidīvs tiek diagnosticēts CT vai MR. Lokālā recidīva gadījumā novēro audzēja augšanu reģionālajos limfmezglos, retroperitoneālajā telpā, mezentērija saknē, aknu vārtu limfmezglos. Lokoreģionālā recidīva gadījumā var būt šāda klīniskā aina – progresējošas sāpes, svara zudums, dzelte holestāzes dēļ.

6. Attālas metastāzes

Attālas metastāzes tiek diagnosticētas CT vai MR izmeklējumā. Aizkuņģa dziedzera vēža gadījumā biežākā attālo metastāžu lokalizācija ir plaušas, aknas, vēderplēve, vēdera dobuma un videnes limfmezgli, bet retāk – kauli, CNS. Aizkuņģa dziedzera vēža gadījumā var novērot ascītu, kura cēlonis ir portāla hipertensija (aknu parenhīmas, aknu vārtu limfmezglu metastāžu dēļ) vai peritoneāla vēža izplatība, kā arī ir progresējošas sāpes, svara zudums, šķebnināšana un vemšana, kuņģa un zarnu trakta asiņošana portālās hipertensijas dēļ.

7. Ārstējošā ķirurga konsultācija

Ja tiek konstatēts lokāls recidīvs vai metastāzes, patients, izmantojot “dzeltenu koridoru”, tiek nosūtīts pie sava ārstējošā ķirurga vai cita ķirurga, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai

ārstējošā onkologa ķīmijterapeita vienā no četrām ārstniecības iestādēm (RAKUS, PSKUS, Daugavpils reģionālā slimnīca vai Liepājas reģionālā slimnīca). Ārstējošais ārsts nozīmē papildu radioloģiskos izmeklējumus un vēža marķieru līmeņa noteikšanu asinīs (CEA, CA19-9) un sagatavo dokumentus prezentēšanai multidisciplinārā onkoloģiskajā konsīlijā.

Konkrētais pacienta gadījums tiek izskatīts multidisciplinārā onkologu konsīlijā RAKUS LOC vai PSKUS, kur piedalās abdominālie ķirurgi, radiologi diagnosti, radiologi terapeiti, patologi un onkologi ķīmijterapeiti, kas ir specializējušies HPB audzēju ārstēšanā.

Gadījumos, kad pacientam strauji progresē dzelte, ascīts, vemšana ar dehidratāciju un sāpju sindroms, ķirurgs pacientu nosūta akūti uz neatliekamās medicīnas centru.

8. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisko diagnozi

Pacientu uz onkoloģisko konsīliju piesaka ārsts, pie kura pacients ir nonācis, izmantojot “dzeltenu koridoru”, – ķirurgs, kas ir specializējies HPB audzēju ārstēšanā, vai onkologs ķīmijterapeits. Multidisciplinārajā onkoloģiskajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, ķirurgs, kurš specializējies aizkuņģa dziedzera ķirurģijā, radiologs diagnostis, patologs, invazīvais radiologs un ārstējošais ārsts. Konsīlija mērķis ir lemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim un prognozei.

Onkoloģiskais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kam nav veikti radioloģiskie izmeklējumi vispārējā smagā stāvokļa dēļ, bet pacients ir nosūtīts pie ķirurga vai onkologa ķīmijterapeita. Šādos gadījumos onkoloģiskais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

9. Smags vispārējais stāvoklis – ECOG ≥ 3

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags – ECOG 3 (pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un spējīgs veikt tikai ierobežotu pašaprūpi) vai ECOG 4 (pacients pilnībā piesaistīts gultai un nevar veikt nekādu pašaprūpi), tad tālāka izmeklēšana nav mērķtiecīga un pacientam indicēta simptomātiska terapija.

10. Paliatīvā aprūpe un simptomātiska terapija

Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG 3 vai ECOG 4), turpmāka izmeklēšana nav mērķtiecīga, jo tai nevarēs sekot specifiska pretaudzēja terapija. Šādos gadījumos ģimenes ārsts var nodrošināt perorālu vai intravenozu hidratācijas, antiemētiku un pretsāpju terapiju. Pacientam un viņa radniekiem rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Gadījumos, kad pacientam strauji progresē dzelte, vemšana ar dehidratāciju, ascīts un sāpju sindroms, pacientu nosūta uz neatliekamās medicīnas centru.

Atsauces

1. Vadlīnijas diagnostiskās radioloģijas izmeklējumu izvēlē; Latvijas Radiologu asociācija, Valsts vides dienests, Latvijas Vides aizsardzības fonds; 2017. http://www.radiologija.lv/userfiles/file/Nosutisanas_vadlinijas_2017.pdf
2. Kontrastvielu lietošanas vadlīnijas. Eiropas Uroģenitālās radioloģijas biedrība. http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF
3. Moletta L, Serafini S, Valmasoni M, et al. Surgery for recurrent pancreatic cancer: Is it effective? *Cancers (Basel)* 2019; 11:991.
4. Serafini S, Sperti C, Friziero A, et al. Systematic review and meta-analysis of surgical treatment for isolated local recurrence of pancreatic cancer. *Cancers (Basel)* 2021;13:1277.
5. Conroy T, Hammel P, Hebbar M, et al. Unicancer GI PRODIGE 24/CCTG PA.6 trial: A multicenter international randomized phase III trial of adjuvant mFOLFIRINOX versus gemcitabine (gem) in patients with resected pancreatic ductal adenocarcinomas. *Journal of Clinical Oncology* 2018;36: LBA4001-LBA4001.
6. Postlewait LM, Ethun CG, Kooby DA, et al. Combination gemcitabine/cisplatin therapy and ERCC1 expression for resected pancreatic adenocarcinoma: Results of a Phase II prospective trial. *J Surg Oncol* 2016;114:336-341.

Pielikumi

Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem

Vispārējie jautājumi:

MR izmeklējumus veic pēc ārsta nosūtījuma un indikācijām.

Uz izmeklējumu pacients ņem līdzi iepriekšējo MR, datortomogrāfijas, ultrasonogrāfijas vai citu radioloģisko izmeklējumu rezultātus.

Pacients pirms MR izmeklējuma aizpilda anketu (1. pielikums) par metāla objektu esamību vai neesamību ķermenī.

Pirms izmeklējuma radiologa asistents vai radiogrāfers informē pacientu par izmeklējuma norises kārtību.

Izmeklējuma laikā pacientam tiek aizsargāta dzirde no gradientu spoļu radītiem trokšņiem ar ausu aizbāžņiem vai ausu uzliktņiem.

Izmeklējums tiek veikts ar speciālām katrai ķermeņa daļai paredzētām radiofrekvences spolēm.

Izmeklējums tiek veikts trīs savstarpēji perpendikulārās plaknēs: aksiālā (ax.), sagitālā (sag.), koronārā (cor.). Izmeklējumu veic, pacientam guļot horizontāli uz muguras (supinācijas pozīcijā), vai guļot uz vēdera (pronācijas pozīcijā). MR izmeklējuma tunelī pacientu ievada ar galvu pa priekšu vai kājām pa priekšu.

Katrai ķermeņa daļai vai orgānam ir savi specifiski izmeklēšanas protokoli ar izmeklējuma sekvencēm, lai labāk vizualizētu un diagnosticētu patoloģiju. Izmeklējuma sekvences protokolos var mainīt, ja radiologs uzskata un var pamatot, ka izmaiņas var palīdzēt diagnostikā.

Atsevišķu slimību gadījumos, saskaņojot ar radiologu, ir nepieciešams intravenozi ievadīt gadolīniju saturošu kontrastvielu 0,1 mmol/kg. Injekciju var veikt manuāli vai ar spēka injektoru (atkarībā no izmeklējuma veida).

Pacientiem ar alerģiskām reakcijām uz gadolīniju vai nieru mazspēju (nieru funkcijas bioķīmiskie rādītāji – urea, kreatinīns, GFĀ – ir zem pieļaujamās normas) kontrastviela netiek ievadīta.

Pacientu sagatavošana atsevišķiem izmeklējumiem:

MR vēdera dobumam:

1. Piecas stundas pirms vēdera dobuma MR izmeklējuma pacients nedrīkst ēst.

MR enterogrāfija:

1. Iepriekšējā dienā pirms izmeklējuma drīkst ēst šķidru pārtiku.
2. Lietot caurejas līdzekļus, lai iztīrītu zarnas no satura.
3. Iepriekšējā vakarā pirms izmeklējuma un no rīta veikt dziļas tīrošas resnās zarnas klizmas.
4. Rītā pirms izmeklējuma neēst un nedzert.
5. Pacientam jāierodas 2 stundas pirms izmeklējuma un jāizdzer 2 litri 2,5% mannitola šķīduma, lai piepildītu zarnu traktu.
6. Pirms izmeklējuma un pirms intravenozas gadolīniju saturošas kontrastvielas ievadīšanas pacientam intravenozi ievada 0,3 ml *Buscopan* šķīdumu (atšķaidot ar 3 ml fizioloģiskā šķīduma).

MR mazajam iegurnim:

1. Izmeklējuma rītā veikt mikroklizmu ar *Microlax* 5 ml, lai iztīrītu taisno zarnu.
2. Divas stundas pirms izmeklējuma nedrīkst iztukšot urīnpūsli.

Pārējo ķermeņa daļu izmeklējumiem speciāla sagatavošana nav nepieciešama!

Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores* <http://oncologypro.esmo.org/Guidelines-Practice/Practice-Tools/Performance-Scales>

Performance Scales: Karnofsky & ECOG Scores Practice tools (esmo.org)

| Fiziskās aktivitātes statuss pēc Karnofska novērtējuma skalas | Pakāpe pēc Karnofska | Pakāpe pēc ECOG | Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas |
|--|----------------------|-----------------|--|
| Normāls, nav sūdzību | 100 | 0 | Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslīmšanai) bez ierobežojumiem |
| Spēj veikt normālas aktivitātes. Nelielas slimības pazīmes vai simptomi | 90 | 1 | Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu |
| Spēj veikt normālas aktivitātes ar piepūli | 80 | 1 | Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu |
| Spēj aprūpēt sevi. Nespēj turpināt normālas aktivitātes vai darīt aktīvu darbu | 70 | 2 | Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu |
| Reizēm nepieciešama palīdzība, tomēr pats spēj nodrošināt lielāko daļu savu vajadzību | 60 | 2 | Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu |
| Nepieciešama būtiska palīdzība un bieža medicīniska aprūpe | 50 | 3 | Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu |
| Darba nespēja. Nepieciešama speciāla aprūpe un palīdzība | 40 | 4 | Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu |
| Smaga darba nespēja. Indicēta hospitalizācija, tomēr nav nāves draudu | 30 | 4 | Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam |
| Ļoti slims. Nepieciešama hospitalizācija. Nepieciešama aktīva simptomātiska terapija | 20 | 4 | Pilnībā darba nespējīgs |
| Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam. Mirstošs (moribunds) | 10 | 4 | Pilnībā darba nespējīgs. Pilnīgi nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam |
| Miris | 0 | 5 | Miris |

Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību

Ārstniecības iestādes nosaukums:

Kods:

Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku saslimšanu.

Pirmreizējs/pirmsārstēšanas pacients Atkārtots/pēcārstēšanas pacients

Z/C kods:

Konsīlijs notiek pacienta klātbūtnē: Jā Nē

Datums, [Click or tap to enter a date.](#)

Pacients(-e) (vārds, uzvārds):

Personas kods:

Deklarētā dzīvesvieta:

Kontakttālrunis:

e-pasts:

Īsa slimības anamnēze/simptomi:

Obligāta pirmreizējam konsīlijam/atkārtotam – pēc nepieciešamības

Pamatdiagnoze:

(TNM klasifikācija, slimības stadija)

Blakusdiagnoze/s:

Operācija/Biopsija, datums

Histoloģija/ Citoloģija Nr.

Arst-Onko-01 versija 02

Vispārējais stāvoklis pēc ECOG skalas:

| | | |
|--------------------------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> | 0 | Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslīmšanai) bez ierobežojumiem |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, kantora darbu. |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu. |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai sēdriem vairāk nekā 50% nomoda stundu |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā saistīts pie gultas vai sēdriem. |

Izmeklējumi, kas pamato stadiju ar datumiem un slēdzieniem

(CT/MR galvai/krūšu kurvī/vēderam/mazajam iegurnim/skeleta scintigrāfija/PET-CT /Onkomarkieri/citi izmeklējumi)

Slēdziens:**Konsīlija vadītājs:**

(specialitāte; vārds, uzvārds; paraksts)

Konsīlija loceklis:

(specialitāte; vārds, uzvārds*)

Onkologs ķīmijterapiests:

Radiologs terapiests:

Ķirurgs:

Radiologs diagnostis:

Patologs:

Ārstējošais ārsts:

Cits:

(ārstiem, kas ir no citas ārstniecības iestādes, norāda to darba vietu)

* Dokuments sagatavots elektroniski un ir derīgs bez parakstiem

Arst-Onko-01 versija 02