

## \*1. Személyes adatok

TAJ szám:.....  
Név:.....  
Születési dátum:.....  
Nem: nő / férfi  
Etnikai hovatartozás: Ázsiai-Indiai / Kaukázusi / Fekete / N/A  
Diagnózis dátuma: .....(csak dátum, idő nem)  
Életkor a diagnózis időpontjában: .....  
A kezelés utolsó napja: ..... (csak dátum)  
A beteginterjú dátuma: ..... (csak dátum)

Kórház:  
Orvos kód:  
Vérminta kódja:  
Vérmintavétel ideje:

## 2. Kórtörténet

**Dohányzás:** igen / nem  
ha igen: mennyiség (szál/nap):.....  
hány éve? .....

ha nem: Dohányzott-e korábban? igen/nem/ N/A  
ha igen: mennyiség (szál/nap):.....  
hány éven át?.....  
A leszokás óta eltelt évek száma: .....  
Kapott-e orvostól leszokást segítő tájékoztatást? igen/nem/ N/A

Ki van téve passzív dohányzásnak? igen/nem/ N/A

**Droghasználat:** igen/nem *Az orvos által felírt gyógyszerek nem tartoznak ide.*  
ha igen: drog típusa:.....  
mennyiség: sok / közepes / kevés  
hány éve:.....

**Alkoholfogyasztás:** igen/nem  
Útmutató a mennyiség meghatározásához:  
1 dl sör (4.5 vol. %) = ~3.5 g alkohol  
1 dl bor (12.5 vol. %) = ~10 g alkohol  
1 dl rövidital (50 vol. %) = ~40 g alkohol

ha igen: gyakoriság: alkalmanként/havonta/hetenre/naponta/N/A  
mennyiség (g/alkalom):.....  
hány éve: .....

ha nem: Fogyasztott-e korábban alkoholt? igen/nem/ N/A  
ha igen: gyakoriság: alkalmanként/havonta/hetenre/naponta/N/A  
mennyiség (g/alkalom):.....  
hány éven át: .....  
A leszokás óta eltelt évek száma: .....

**Egyéb komorbiditások, amelyek korlátozhatják a várható élettartamot:**

Válassza ki az összes megfelelőt: (többválasztós)

- COPD     Tüdőfibrozis     Tüdőtágulat     Koszorúér-betegség
- Pangásos szívelégtelenség     Perifériás érbetegség     Atipikus mycobacterialis fertőzés
- Más típusú tüdődaganat     Tüdődaganattól eltérő daganat     Egyéb, kérem,  
részletezze:

**Daganattal kapcsolatos kórtörténet:**

Válassza ki az összes megfelelőt: (többválasztós)

- Korábbi tüdődaganat     Lymphoma     Fejnyak-daganat     Hólyagdaganat
- Nyelőcsődaganat     Tüdőfibrozis     Egyéb intersticiális tüdőbetegségek     Egyéb  
daganat, kérem, részletezze:     Egyéb:

**Különleges étrend:**    igen / nem

ha igen: (többválasztós)

Étrend formája: vegetáriánus / vegán / gluténmentes / laktózmentes / egyéb, kérem,  
részletezze:

**Malignus betegség az elsőfokú rokon(ok) között**    igen / nem

ha igen: tüdődaganat (ha igen: típus: SCLC /Adeno/Squamosa/Egyéb) / Egyéb daganat: ..... (ha  
igen: szerv: ...)

### 3. Rizikófaktorok

A válasz "igen", ha az etiológiai tényező bizonyított, a válasz "nem", ha kizárható az etiológiai tényező, a válasz "N/A", ha az etiológiai tényezőt nem vizsgálták. Kérjük, válaszoljon "igen"-nel az "Idiopátiás"-ra, ha nem azonosították az etiológiai tényezőt.

Dohányzás	igen	nem	N/A
Passzív dohányzás	igen	nem	N/A
Légszennyezés	igen	nem	N/A
Azbeszt	igen	nem	N/A
Dízel kipufogó	igen	nem	N/A
Inert gáz	igen	nem	N/A
Uránium bányászat	igen	nem	N/A
ha igen: Hány éve?	5 év>	5-10 év	10 év<
Genetikai	igen	nem	még nem vizsgálták
Idiopátiás	igen	nem	
Egyéb	igen	nem	
ha igen:	kérem, részletezze:.....		

### 4. Panaszok, tünetek

**Köhögés:**    igen / nem

**Vérköhögés:**    igen / nem

**Légszomj:** igen / nem  
**Mellkasfájdalom, melyet ront a mély légvétel:** igen / nem  
**Rekedtség:** igen / nem  
**Nyelési nehézség:** igen / nem  
**Az arc és a kezek duzzanata:** igen / nem  
**Fáradtság:** igen / nem  
**Súlyos izomgyengeség:** igen / nem  
**Probléma az egyensúllyal és járással:** igen / nem  
**Mentális állapot megváltozása:** igen / nem  
**Bőrszínváltozás** igen / nem  
**Fejfájás:** igen / nem  
**Homályos látás:** igen / nem  
**Hányinger:** igen / nem  
**Hányás:** igen / nem  
**Rohamok** igen / nem  
**Paralízis:** igen / nem  
**A bél/húgyhólyag működésének elvesztése:** igen / nem  
**Csontfájdalom:** igen / nem  
**Fájdalom a has jobb felső részében:** igen / nem

**Étvágy:** jó / megtartott / rossz

**\*Testtömegcsökkenés:** igen / nem  
 Ha igen: Mennyi idő alatt? (hetek):.....  
 Mennyit (kg):.....  
 Testtömeg csökkenés százalékosan ( $\% = 100 * (\text{kezdeti testtömeg} - \text{jelenlegi testtömeg}) / \text{kezdeti testtömeg}$ ): .....%

## 5. Felvételi paraméterek és állapot

Vérnyomás: ..... / ..... Hgmm  
 Testtömeg:..... kg  
 Légzésszám:..... / min  
 Oxigén szaturáció: ..... %  
 Pulzus:..... /minute  
 Testmagasság: ..... cm  
 Testhőmérséklet (hónalj): ..... °C  
 Korábbi O<sub>2</sub>-terápia: igen / nem / N/A

**\*ECOG Teljesítmény Státusz**.....

FOKOZAT	ECOG performance státusz
0	Megszorítás nélkül képes minden normal aktivitását végezni
1	Fizikailag fárasztó aktiviásban korlátozott, de járóképes és könnyű munkára képes
2	Járóképes, önmaga ellátására teljes mértékben képest, de képtelen bármilyen munkát ébrenlétének több mint felében végezni
3	Önellátásban korlátozott, ébrenlétének több mint felét ágyban vagy fotelben tölti

4	Teljesen legyengült, önellátásra képtelen, ágyhoz kötött
5	Halál

## 6. Felvételi laboratóriumi paraméterek

- \*Fehérvérsejt: .....(szám) mértékegység: (legördülő) G/l
- \*Hemoglobin: ..... mértékegység: mmol/l / umol/l / g/l
- \*Trombocita: ..... mértékegység: G/l
- Glukóz: ..... mértékegység: mg/dl / mmol/l / umol/l
- Kreatinin: ..... mértékegység: mg/dl / umol/l / mmol/l
- eGFR: ..... mértékegység: ml/min/1.73 m<sup>2</sup>
- CRP: ..... mértékegység: mg/l / nmol/l
- ASAT/GOT: ..... mértékegység: U/l
- LDH: ..... mértékegység: U/l
- \*Kalcium: ..... mértékegység: mmol/l / umol/l
- \*Nátrium: ..... mértékegység: mmol/l
- Kálium: ..... mértékegység: mmol/l
- Összfehérje: ..... mértékegység: g/l
- Albumin: ..... mértékegység: g/l / mmol/l / umol/l
- ALAT/GPT: ..... mértékegység: U/l
- Gamma GT: ..... mértékegység: U/l
- ALP: ..... mértékegység: U/l

A vérgáz paraméterek mérési környezete (egyválasztós): N/A / szobai légkör / 100% O<sub>2</sub>

- PaO<sub>2</sub>: ..... mértékegység: Hgmm
- HCO<sub>3</sub>: ..... mértékegység: mmol/l / umol/l
- sO<sub>2</sub>: ..... mértékegység: %
- pCO<sub>2</sub>: ..... mértékegység: Hgmm

\* Tumormarkerek vagy hormonális eltérések: igen / nem

Ha igen:

Típus (többválasztós):

- chromogranin A (CgA): ..... mértékegység: pmol/ml
- 5-Hydroxi-indol-acetate: ..... mértékegység: g/mol
- pro-gastrin releasing peptide (ProGRP): ..... mértékegység: pg/ml
- neuron-specifikus enoláz (NSE): ..... mértékegység: ng/ml
- Procalcitonin (PCT): ..... mértékegység: ug/l / ng/l
- Co-Peptin: ..... mértékegység: pmol/l
- PTHrP: ..... mértékegység: pmol/l
- ACTH: ..... mértékegység: pmol/l
- Cortisol: ..... mértékegység: nmol/l
- TSH: ..... mértékegység: mIU/l

## 7. Genetikai vizsgálat igen/nem

Ha igen: Leírás: .....(Kifejtős)

## \*8. Képzővizsgálatok, diagnosztikai tesztek felvételkor, mellkasi neuroendokrin daganat stádiuma és szövettani vizsgálata

### TNM stádium:

T státusz:  TX  T1a  T1b  T2a  T2b  T3  T4  Unknown  
N státusz:  NX  N0  N1  N2  N3  
M státusz:  MX  M0  M1a  M1b

\*Mellkasröntgen: igen / nem

\*Mellkas-CT: igen / nem

Ha igen: Pontosította a TNM stádiumot? igen / nem

\*Egyéb vizsgálatok, melyek pontosították a TNM stádiumot: igen / nem (többválasztós)

MRI (ha igen: régió: koponya / mellékvese) / PET / koponya-CT / csont-scan / bronchosopia / csontvelő-mintavétel / ultrahang / peptid receptor radionuklid szcintigráfia / Egyéb: ...

\*Szövetten/Citológia: igen / nem

Ha igen: Mintavétel helye: Mellkasi folyadékgyülem / Tüdő / Nyirokcsomó / Egyéb:

Ha igen: Ki67 index: ..... %

#új sor hozzáadása (Szövetten/Citológia blokk)

## 9. Egyéb szövődmények igen / nem

Ha igen:

Részletek:

Mellkasi folyadékgyülem: igen / nem

ha igen: exsudatív? igen / nem

ha igen: karcinózis? igen / nem

Bronchialis obstrukció: igen / nem

Vena Cava Superior obstrukció: igen / nem

Paraneopláziás szindróma: igen / nem

Ha igen: (többválasztós)

Típus: SIADH / Malignus, humorális hypercalcaemia / Cushing szindróma / Hypoglikémia / Acromegalia / Carcinoid szindróma / Gynecomastia / Hyperthyreosis / Egyéb:

**\*10. Terápia:**

(töltse ki az űrlapokat)

C űrlap: Kemoterápia űrlap

D űrlap: Radioterápia űrlap

E űrlap: Immunológiai terápia űrlap

F űrlap: Sebészet űrlap

**Intenzív terápia:** igen / nem

ha igen: Típus (többválasztós): ventilláció / vazopresszor terápia / vesepótló kezelés / egyéb:

**11. Életminőség kérdőív (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ - LC13) igen / nem / ND**

**Ha igen:**

A betegek néha panaszkodnak a felsorolt tünetekről. Kérjük, adja meg, hogy a beteg milyen mértékben/gyakorisággal élte át az alábbiakat.

	No	Mild / Rarely	Mode rate / Often	Severe / All the time
1. Do you have any trouble doing strenuous activities, like carrying a heavy shopping bag or a suitcase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you have any trouble taking a <u>long</u> walk? Do you have any trouble taking a <u>short</u> walk outside of the house?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you need to stay in bed or a chair during the day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you need help with eating, dressing, washing yourself or using the toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>During the past week:</b>	<b>No</b>	<b>Mild / Rarely</b>	<b>Mode rate / Often</b>	<b>Severe / All the time</b>
6. Were you limited in doing either your work or other daily activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were you limited in pursuing your hobbies or other				

- |     |  |                          |                          |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     | leisure time activities?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Did you experience shortness of breath?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Have you had pain?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Did you need to rest after doing any activity?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Have you had trouble sleeping?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Have you felt weak?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Did you have a lack of appetite?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Have you felt nauseated?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Did you vomit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Have you been constipated?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Did you have diarrhea?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Did you feel tired?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Did pain interfere with your daily activities?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Have you had any difficulty in concentrating on things, like reading a newspaper or watching television? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Did you feel tense?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Did you worry?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Did you feel irritable?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Did you feel depressed?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Have you had any difficulty remembering things?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>family</u> life?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>social</u> activities?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Has your physical condition or medical treatment caused any financial difficulties?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**For the following questions please select the number between 1 and 7 that best applies to the patient**

29. How would you rate your overall health during the past week?

- 1      2      3      4      5      6      7  
 Very poor      Excellent

30. How would you rate your overall quality of life during the past week?

- 1      2      3      4      5      6      7  
 Very poor      Excellent

During the past week :	No	Mild / Rarely	Mode rate / Often	Severe / All the time
31. How much did you cough?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Did you cough up any blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Did you have any shortness of breath while resting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Did you have any shortness of breath while walking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Did you have any shortness of breath while climbing stairs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Was your mouth or tongue sore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Did you have trouble swallowing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Did you have any tingling in your hands of feet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Did you experience hair loss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Did you suffer from chest pain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Did you have any pain in your arm or shoulder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Did you have any pain anywhere else?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



If yes,  
where: \_\_\_\_\_

43. Használt valamilyen fájdalomcsillapítót? **Nem** **Kissé** **Közepesen** **Nagyon**

**Nem**  **Igen**

Ha igen, mennyit segített?

Ha igen:

Leírás: (informális szöveg)

Aktív hatóanyag:.....

Legmagasabb/legalacsonyabb dózis: ..... mértékegység: g / mg / IU

Ha folyadék, koncentráció (pl. 10%, 1g/2ml, stb.).....

Naponta hány alkalommal: .....

Alkalmazás módja: N/A / intravénás / szájon át / enterális / szubkután

#új sor hozzáadása (Leírástól Alkalmazás módjáig)

## \*12. Kimenetel (egyválasztós)

- **Nem alkalmas gondozásra / Rendszeres nyomonkövetés / Halál#**

#A halál pontos időpontja: ..... ( dátum és idő is)

## 13. Megjegyzések

(Pl.. egy rövid összefoglaló arról, ha szükséges, hogy a beteg hogy került orvosi ellátásra, a diagnózisról, a kórházi kezelés legfontosabb tényeiről és eseményeiről, a kórházi kezelést követően a betegről, a javasolt ellenőrző vizsgálatokról, műtétről stb.)

Leírás

.....  
.....