

## \*1. Személyes adatok

TAJ szám:.....  
Név:.....  
Születési dátum:.....  
A beteginterjú dátuma: ..... (csak dátum)

Kórház:

Orvos kód:

Vérminta kódja:

Vérmintavétel ideje:

## 2. Jelentős változások a kórelőzményben a legutóbbi vizit óta igen / nem

Ha igen:

Leírás:

### Korábbi komorbiditások, amelyek befolyásolhatják a várható élettartamot: igen / nem

ha igen: (egyválasztósak)  
javult / romlott / nem változott / megszűnt  
a változás foka: enyhe / közepes / jelentős

### Új komorbiditások, amelyek befolyásolhatják a várható élettartamot: igen / nem

Ha igen:

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:

### 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. Panaszok, tünetek    igen / nem

Ha igen:

Korábbi tünetek, panaszok:

ha igen: (egyválasztósak)  
javult / romlott / nem változott / megszűnt  
a változás foka: enyhe / közepes / jelentős

Új tünetek, panaszok: igen / nem

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 ( $\% = 100 * (\text{kezdeti testtömeg} - \text{jelenlegi testtömeg}) / \text{kezdeti testtömeg}$ ): .....%

#### 4. Jelenlegi adatok és állapot

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

\*ECOG performance státusz.....

FOKOZAT	ECOG performance státusz
0	Megszorítás nélkül képes minden normal aktivitását végezni
1	Fizikailag fárasztó aktívásban 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

## 5. Jelenlegi 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

## 6. Genetikai vizsgálat igen/nem

Ha igen: Leírás: .....(Kifejtős)

## \*7. Változások a képalkotó vizsgálatok, diagnosztikai tesztek, mellkasi neuroendokrin daganat stádiuma és szövettani vizsgálat tekintetében igen / nem

ha igen:

### 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)

## 8. Egyéb szövődmények igen / nem

Ha igen:

Részletek:

Korábbi szövődmények: igen / nem

ha igen: (egyválasztósak)

javult / romlott / nem változott / megszűnt  
a változás foka: enyhe / közepes / jelentős

**Új komorbiditások: igen / nem**

**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:

**\*9. Változás a terápiában: igen / nem**

ha igen: (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): ventiláció / vazopresszor terápia / vesepótló kezelés / egyéb:

**10. 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?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 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"/> |
| 4. | 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"/> |
| 5. | 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"/> |

**During the past week:**

- |     | No                       | Mild /<br>Rarely         | Mode-<br>rate /<br>Often | Severe<br>/ All<br>the<br>time |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 6.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 8.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 9.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     | <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?

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Very poor                  |                            |                            |                            |                            |                            | Excellent                  |

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

- |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Very poor                  |                            |                            |                            |                            |                            | Excellent                  |

- |                               |  | No                       | Mild / Rarely            | Mode rate / Often        | Severe / All the time    |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>During the past week :</b> |  |                          |                          |                          |                          |
| 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?<br>Did you have any shortness of breath while resting? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33.                           | resting?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

34. Did you have any shortness of breath while walking?
35. Did you have any shortness of breath while climbing stairs?
36. Was your mouth or tongue sore?
37. Did you have trouble swallowing?
38. Did you have any tingling in your hands or feet?
39. Did you experience hair loss?
40. Did you suffer from chest pain?
41. Did you have any pain in your arm or shoulder?
42. Did you have any pain anywhere else?      
If yes,  
where: \_\_\_\_\_
43. Did you take any pain relief medication?
- No**  **Yes**
- If yes, how much did it help?
- If yes:  
Details: (informális szöveg)  
Active substance:.....  
Highest/lowest dose: ..... unit: g / mg / IU  
If fluid, concentration (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....  
How many times per day: .....  
Method of administration: N/A / intravenous / oral / enteral / subcutan  
#add new line (Details-től Method of administration-ig)

### \*11. Kimenetel (egyválasztós)

- Nem alkalmas gondozásra / Rendszeres nyomonkövetés / Halál#

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

### 12. 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

.....  
.....