

## 1. Személyes adatok:

TAJ szám:

Név:

A jelen megjelenés időpontja:

A jelen megjelenés melyik centrumban történt? PTE FOG Kl. / Egyéb centrum:

Regisztr-PC azonosító:

Orvos

Vérminta kódja:

Nyálminta kódja:

Szövettan kódja:

## 2. Onkológia

Az onkológiai megjelenés időpontja (év, hó, nap):

Onkológiai kezelés előtt műtét? igen/ nem

**Radioterápia:** igen / nem

Ha igen, kezdete (év, hónap, nap):

Vége (év, hónap, nap):

Célja: definitív / adjuváns / neoadjuváns / palliatív

Frakciók száma

Dózis/ frakció:

Legjobb válasz (ha nem adjuváns):

A progresszió/kiújulás időpontja:

Mellékhatás jelentkezett-e? (igen/nem) Ha igen, típusa (**több válasz lehetséges**)? mucositis/  
candidiasis/ dysgeusia/ osteoradionecrosis/ lágyszöveti necrosis/ trismus/ xerostomia/ ödéma/  
nyelési nehézség/ egyéb:

**Kemoterápia:** igen / nem

Ha igen, kezdete (év, hónap, nap):

Vége

Célja: definitív / adjuváns / neoadjuváns / palliatív

Protokoll:

Alkalmazott sze (**több válasz lehetséges**)r: cisplatin/ fluorouracil/ methotrexate/ carboplatin/  
paclitaxel/ docetaxel/ cetuximab/ nivolumab/ pembrolizumab/ egyéb:

Ennek dosisa:

Dosisredukció: igen/nem

Ha igen, oka:

Ciklusok száma:

Legjobb válasz (ha nem adjuváns):

A progresszió/kiújulás időpontja:

Mellékhatás jelentkezett-e? (igen/nem) Ha igen, típusa **(több válasz lehetséges)**? mucositis/  
hallásvesztés/ veseelégtelenség/ hányiger- hányás/ bőrkiütések/ hajhullás/ fáradékonyság/  
perifériás neuropátia/ diarrhoea/ konstipáció/ neutropenia/ anaemia/ étvágytalanság/  
vérzékenység/ thrombosis/ szexuális zavarok/ memória zavarok/ egyéb:

**Radiokemotherápia:** igen / nem

Ha igen, kezdete (év, hónap, nap):

Vége (év, hónap, nap):

Célja: definitív / adjuváns / neoadjuváns / palliatív

Radiotherápiás frakciók száma

Radiotherápiás dózis/ frakció:

Kemotherápiás protokoll:

Kemotherápiára alkalmazott szer **(több válasz lehetséges)**: cisplatin/ fluorouracil/ methotrexate/  
carboplatin/ paclitaxel/ docetaxel/ cetuximab/ nivolumab/ pembrolizumab/ egyéb:

Ennek dosisa:

Dosisredukció: igen/nem

Ha igen, oka:

Kemotherápiás ciklusok száma:

Legjobb válasz (ha nem adjuváns):

A progresszió/kiújulás időpontja:

Mellékhatás jelentkezett-e? (igen/nem) Ha igen, típusa **(több válasz lehetséges)**? mucositis/  
candidiasis/ dysgeusia/ osteoradionecrosis/ lágyszöveti necrosis/ trismus/ xerostomia/ ödéma/  
nyelési nehézség/ hallásvesztés/ veseelégtelenség/ hányiger- hányás/ bőrkiütések/ hajhullás/  
fáradékonyság/ perifériás neuropátia/ diarrhoea/ konstipáció/ neutropenia/ anaemia/

étvágytalanság/ vérzékenység/ thrombosis/ szexuális zavarok/ memória zavarok/ egyéb:

Nyálminta: igen / nem

Mintavétel időpontja:

Onkológiai kezelés során sürgős műtéti beavatkozás? igen/ nem

Ha igen, mi (több válasz lehetséges)? tracheotomia/ ACE lekötés

Szupportív kezelés:

Fájdalomcsillapítás: igen /nem

Alkalmazott szer: Dosis: Alkalmazás ideje:

Alkalmazott szer: Dosis: Alkalmazás ideje:

Alkalmazott szer: Dosis: Alkalmazás ideje:

(több szer bevitele lehetséges)

Dysphagia esetén: NGT levezetése: igen/ nem

PEG szükségessége: igen/ nem

Infúziós kezelés: Igen/ nem

Ha igen, mennyisége (ml):

Transzfúzió: igen/nem

Ha igen, hány egység?