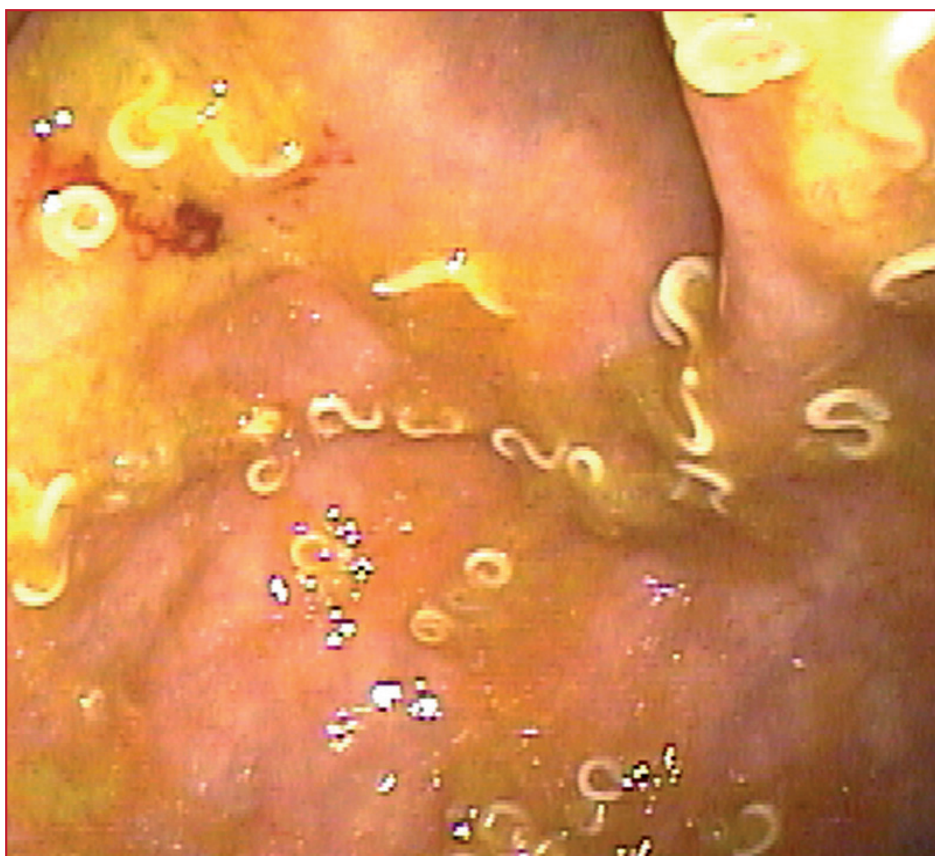


KSIĄŻECZKA CHOREGO

NA WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO

Prof. dr hab. Roman Tomecki

Książeczka Chorego na Wrzodziejące Zapalenie Jelita Grubego



Historia Twojej choroby

Część I (wypełnia pacjent)

INFORMACJE OGÓLNE

Imię i nazwisko

Adres

.....

Lekarz prowadzący:

Twoja przychodnia, szpital, klinika:

.....

Data rozpoznania choroby:

KIEDY WYSTĄPIŁY PIERWSZE OBJAWY (krwista biegunka, parcie):

.....

KIEDY ROZPOZNANO CHOROBE I ROZPOCZĘTO LECZENIE?

.....

.....

Z CZYM, W TWOIM PRZEKONANIU, WIĄZAŁO SIĘ ZACHOROWANIE

(np. nieodpowiednia dieta, napięcie emocjonalne, zatrucie pokarmowe, ciąża, leki np. antybiotyki, aspiryna, leki przeciwzapalne, przeciwbólowe):

.....

.....

.....

.....

Wypełnia pacjent

INFORMACJE O TWOICH INNYCH CHOROBAH (wymień nazwy)

Choroby serca, układu krążenia (jakie?):

Choroby płuc i oskrzeli (jakie?):

Choroby przewodu pokarmowego inne niż wrzodziejące zapalenie jelita grubego (jakie?):

Choroby układu moczowego (jakie?):

Choroby układu kostno-stawowego (jakie?):

Choroby układu nerwowego (jakie?):

Inne choroby (jakie?):

Przebyte operacje:

Przebyte dawniej ważne choroby (jakie?):

Wymień nazwy stale lub często przyjmowanych leków niezwiązanych z zapaleniem jelita:

CZY CHOROBY JELITA TOWARZYSZĄ INNE OBJAWY:

- Niedokrwistość TAK , NIE
- Bóle stawów TAK , NIE
- Zmiany skórne TAK , NIE
- Zakażenie układu moczowego TAK , NIE
- Kamica moczowa TAK , NIE
- Zapalenie tęczówki, twardówki oka TAK , NIE
- Chudnięcie TAK , NIE
- Osłabienie TAK , NIE
- Obniżony nastrój TAK , NIE

Część lekarska

Część II (wypełnia lekarz)



CHARAKTERYSTYKA CHOROBY I LECZENIA

Pierwsza wizyta – założenie książki pacjenta (data)

OCENA WIELOLETNIEGO PRZEBIEGU CHOROBY

Data rozpoznania choroby:

Postać w chwili rozpoznania choroby:

ograniczona do odbytnicy , dystalna , lewostronna , rozległa

Przebieg w ocenie wieloletniej:

lekki (do 2 zaostrzeń w ciągu roku poddających się leczeniu mesalazyną)

średnio ciężki (2 lub więcej zaostrzeń w ciągu roku wymagających steroidoterapii)

ciężki (stale aktywna choroba nie poddająca się leczeniu)

Ilość zaostrzeń do dnia dzisiejszego lub średnia ilość zaostrzeń w ciągu roku:

.....

Operacje z powodu WZJG ? TAK , NIE

jeśli tak to kiedy i jaki zabieg:

.....

.....

.....

Dotychczasowe leczenie w zaostrzeniach (leki+dawki):

.....

.....

Dotychczasowe leczenie w czasie remisji (leki+dawki):

.....

.....

Czy stosowano leki immunosupresyjne TAK , NIE

jeśli tak jakie?

.....

Czy stosowano leki biologiczne TAK , NIE

jeśli tak jakie:

.....

Czy jest prowadzony nadzór onkologiczny TAK , NIE

Objawy ze strony innych narządów/układów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecane dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecane dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecane dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data wizyty	WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii </p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Data wizyty</p>	<p align="center">WYWIADY/NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI BADAŃ (obrazowych, laboratoryjnych) LECZENIE</p>
	<p>Postać choroby:</p> <p><input type="checkbox"/> ograniczona do odbytnicy , <input type="checkbox"/> dystalna , <input type="checkbox"/> lewostronna , <input type="checkbox"/> rozległa</p> <p>Ocena ciężkości rzutu:</p> <p><input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> średnio ciężki, <input type="checkbox"/> ciężki</p> <p>Objawy:</p> <p><input type="checkbox"/> biegunka , <input type="checkbox"/> krwawienie , <input type="checkbox"/> parcie , <input type="checkbox"/> gorączka , <input type="checkbox"/> inne Jakie?</p> <p><input type="checkbox"/> remisja</p> <p>Zalecone dziś leki+dawki:</p> <p>.....</p> <p>Nadzór onkologiczny <input type="checkbox"/> , Skrócony wynik kolonoskopii i histopatologii</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dysplazja , <input type="checkbox"/> DALM , <input type="checkbox"/> ALM</p> <p>Data ostatniej hospitalizacji i leczenie</p> <p>.....</p> <p>Skierowany do szpitala: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Skierowany do leczenia operacyjnego: <input type="checkbox"/> TAK , <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Wyniki badań dodatkowych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



AS/09/2011/23