



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekts 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**

**Nieres blādiņas, urīnvada, urīnpūšļa vēzis (C65, C66, C67)**

### **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-Rībule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

**2023**

## SATURS

Ievads .....	3
Algoritma lietotāji.....	4
Saīsinājumi.....	4
Klīniskā algoritma shēma .....	5
Klīniskā algoritma apraksts.....	5
Atsauces .....	10
Pielikumi .....	11
Magnētiskās rezonanses izmeklēšanas protokoli noteiktām ķermeņa daļām un/vai orgāniem.....	11
Vēža pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana pēc Karnofska un ECOG kritērijiem .....	12
Multidisciplināras komandas konsīlija slēdziens par onkoloģisku slimību .....	13

## Ievads

Uroteliālā karcinoma ir 10. biežākais vēzis pasaulē. Lielāks risks saslimt ir vecākiem cilvēkiem, vīriešiem, smēķētājiem, personām ar kaitīgo apkārtējās vides/aroda faktoru ekspozīciju anamnēzē, pacientiem ar uroteliālā vēža personisko vai ģimenes anamnēzi, pacientiem pēc saņemtas staru terapijas iegurnā zonai vai pēc ārstēšanas ar noteiktiem citotoksiskiem medikamentiem (ciklofosfamīds, ifosfamīds), personām ar hroniskām slimībām, kas ir saistītas ar urīnceļu infekciju vai kairinājumu, kā arī adipoziem cilvēkiem un cukura diabēta slimniekiem. Daži ģenētiski sindromi, īpaši Linča sindroms, arī var veicināt risku saslimt ar uroteliālo karcinomu. Aptuveni 75% pacientu ar pirmreizēju urīnpūšļa vēzi audzējs neieaug urīnpūšļa muskuļu sienās (pTa–pT1, pTis). Muskuļus invadējošs urīnpūšļa audzējs (pT2a–pT4b) sastopams retāk, tam ir augsts izplatīšanās risks uz citiem orgāniem, slimība grūtāk padodas ārstēšanai.

Radikāla ārstēšana ir transuretrāla urīnpūšļa rezekcija, kurai bieži seko lokāla jeb intravezikāla ķīmijterapijas vai *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) ievadīšana, ja ir muskuļus neinvadējošs urīnpūšļa vēzis. Muskuļus invadējošas slimības gadījumā radikāla ārstēšana ir pirmsoperācijas ķīmijterapija ar sekojošu cistektomiju vai kombinēta terapija ar transuretrālu urīnpūšļa rezekciju un radikālu vienlaicīgu staru-ķīmijterapiju. Ja ir nierēs bļodiņas vai urīnvada uroteliālā karcinoma, izmanto radikālu nefroureterektomiju ar perioperatīvu ķīmijterapiju vai bez tās.

Attālo metastāžu gadījumā runa ir par metastātisku urīnpūšļa vēzi un paliatīvu terapiju.

(*NCCN Guidelines, 2023; Powles et al., 2022*)

## Algoritma lietotāji

- Onkologi ķīmijterapieti (P 16)
- Urologi (P 08)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Internisti (P 01)
- Radiologi terapieti (P 31)
- Radiologi (P 32)
- Patologi (P 33)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

## Saīsinājumi

ECOG – *Eastern Cooperative Oncology Group*

CNS – centrālā nervu sistēma

PSKUS – Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca

RAKUS – Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca

LOC – Latvijas Onkoloģijas centrs

LRS – Liepājas reģionālā slimnīca

DRS – Daugavpils reģionālā slimnīca

CT – datortomogrāfija

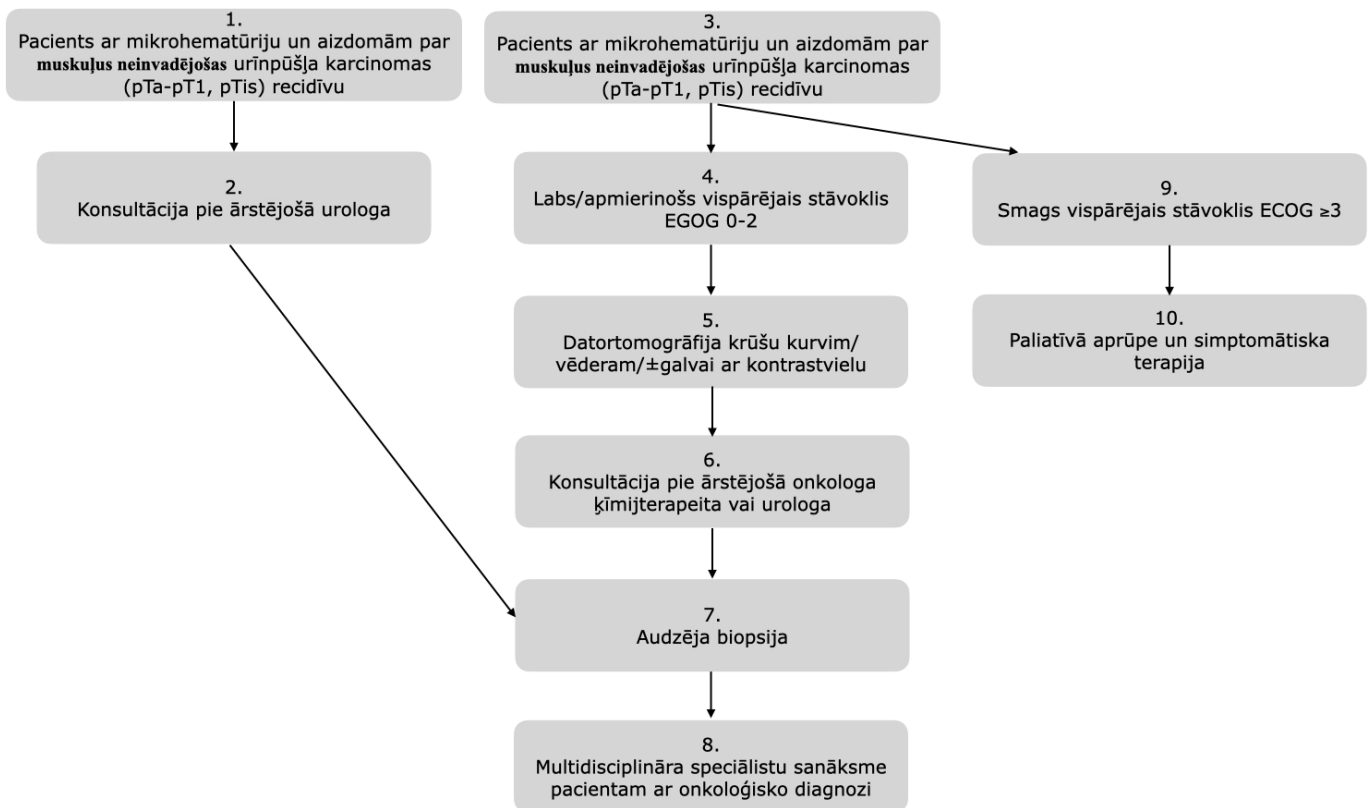
MR – magnētiskā rezonanse

US – ultrasonogrāfija

i/v – intravenoza

k/v – kontrastviela

## Klīniskā algoritma shēma



## Klīniskā algoritma apraksts

## **1. Pacients ar mikrohematūriju un aizdomām par muskuļus neinvadējošas urīnpūšļa karcinomas (pTa-pT1, pTis) recidīvu**

Radikāla ārstēšana muskuļus neinvadējoša urīnpūšļa vēža gadījumā ir transuretrāla urīnpūšļa rezekcija, kurai bieži seko lokāla jeb intravezikāla ķīmijterapijas vai *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) ievadīšana. Pēc saņemtās terapijas pacientu novēro urologs, parasti piecus gadus. Vēlino (vairāk nekā piecus gadus pēc saņemtās terapijas beigām) recidīvu risks šiem pacientiem ir aptuveni 10–15% (*Witjes J.A. 2021*).

Visbiežākā atrade ir mikrohematūrija.

## **2. Konsultācija pie ārstējošā urologa**

Mikrohematūrijas gadījumā ģimenes ārstam pacients jāšūta pie ārstējošā urologa, lai veiktu biopsiju cistoskopijas/ureteroskopijas vai transuretrālas urīnpūšļa rezekcijas laikā.

## **3. Pacients ar aizdomām par muskuļus invadējošas urīnpūšļa karcinomas (pT2a-pT4b) vai nieres blādiņas vai urīnvada karcinomas recidīvu pēc radikālas ārstēšanas**

Muskuļus invadējošas urīnpūšļa karcinomas gadījumā radikāla ārstēšana ir pirmsoperācijas ķīmijterapija ar sekojošu cistektomiju vai kombinēta terapija ar transuretrālu urīnpūšļa rezekciju un radikālu vienlaicīgu staru-ķīmijterapiju. Lokāls recidīvs notiek sākotnējās operācijas rajonā mīkstajos audos vai limfmezglos. Cistektomijas gadījumā ir 5–15% recidīva risks iegurnī. Tas parasti rodas pirmo 24 mēnešu laikā, visbiežāk 6–18 mēnešu laikā pēc operācijas. Tomēr vēlīni recidīvi var rasties līdz pat pieciem gadiem pēc operācijas. Attālas metastāzes novēro līdz pat 50% pacientu pēc cistektomijas. Visbiežāk tiek skarti limfmezgli, plaušas, aknas un kauli. Gandrīz 90% attālo metastāžu izveidojas pirmajos trīs gados pēc operācijas, galvenokārt pirmajos divos gados, lai gan ir aprakstīta arī vēlīnā diseminācija pēc vairāk nekā 10 gadiem. Pēc cistektomijas var veidoties jauni urīnizvadkanāla audzēji ar biežumu aptuveni 4,4% (1,3–13,7%). Sekundāro urīnizvadkanāla audzēju riska faktori ir audzēji urīnizvadkanāla prostatiskajā daļā/prostatā (vīriešiem) un urīnpūšļa kaklā (sievietēm). (*EAU Guidelines. Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. 2023*).

Nieres bļodiņas vai urīnvada uroteliālās karcinomas gadījumā izmanto radikālu nefroureterektomiju ± perioperatīvu ķīmijterapiju. Pēcoperācijas recidīvi ir bieži sastopami un var rasties dažādās vietās: urīnpūslī (30%), lokoreģionāli (20%), attālināti (10–20%) un kontralaterālā augšējā urīnceļu traktā (2–6%).

(Locke et al 2018).

Konstatē šādas jaunas sūdzības vai simptomu progresēšanu:

- neizskaidrojama mikrohematūriju un dizūriju;
- atkārtotas un biežas urīnceļu infekcijas;
- asins piejaukumu urīnam;
- sāpes sānos;
- taustāmu veidojumu vēderā;
- taustāmus palielinātus perifēros limfmezglus;
- kaulu sāpes;
- klepu bez iekaisuma pazīmēm, progresējošu elpas trūkumu, sāpes krūškurvī – aizdomas par plaušu un/vai videnes limfmezglu metastāzēm;
- neiroloģiskus simptomus – aizdomas par CNS metastāzēm;
- vispārējā stāvokļa pasliktināšanos.

Šādos gadījumos ģimenes ārsts veic pacienta fizikālo izmeklēšanu, vispārējā stāvokļa izvērtēšanu un rutīnas analīzes.

Ja pacientam ir simptomi, kas apdraud viņa dzīvību, tad pacients jāsūta uz neatliekamās medicīniskās palīdzības centru.

Simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās izvērtējums neattiecas uz pacientiem, kuriem jau iepriekš onkoloģiskais konsīlijs ir lēmis par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

#### **4. Labs/apmierinošs vispārējais stāvoklis ECOG 0–2**

ECOG 0 – pacients ir pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem.

ECOG 1 – ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet pacients ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu.

ECOG 2 – ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu.

## **5. Datortomogrāfija krūškurvim/vēderam/galvai ar kontrastvielu**

Ja ģimenes ārstam ir aizdomas par uroteliālās karcinomas lokālu recidīvu vai audzēja attālām metastāzēm, tad pacients jānosūta uz CT krūškurvim/vēderam ar i/v k/v. Apsver galvas CT ar i/v k/v, ja ir aizdomas par CNS metastāzēm (CNS metastāžu risks ir ļoti zems nierēs bļodiņas vai urīnvada uroteliālās karcinomas gadījumā pēc radikālas terapijas un ir 3–16% urīnpūšļa vēža pacientu pēc radikālas ārstēšanas) (*Brenneman, Randall J. et al. 2020*).

Ja pacientam kontrastviela ir kontrindicēta, rekomendē veikt CT bez kontrastvielām.

Ja pēc CT izmeklējuma nav iespējams izvērtēt metastātisko procesu un spriest par audzēja lokālu recidīvu, tad radiologs rekomendē veikt MR ar k/v. Uz MR nosūta ārsts speciālists.

## **6. Konsultācija pie ārstējošā urologa vai onkologa ķīmijterapiā**

Ja CT konstatē uroteliālās karcinomas lokālu recidīvu, tad pacients jānosūta pie ārstējošā urologa, izmantojot “dzeltenu koridoru”. Ja radioloģiski ir aizdomas par attālām metastāzēm, tad pacients jānosūta pie ārstējošā onkologa ķīmijterapiā, izmantojot “dzeltenu koridoru”. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Ja datortomogrāfija nebūs veikta līdz konsultācijai pie ārsta speciālista (urologa vai onkologa ķīmijterapiā), tad ārsts speciālists nozīmēs pacientam CT izmeklējumus. Ja ārsts speciālists novērtēs pacienta vispārējo stāvokli kā smagu (ECOG 3 vai ECOG 4), tad tālāki izmeklējumi netiks plānoti.

Atbilstoši nepieciešamībai veic urīna citoloģisku izmeklēšanu (atipiskas vai audzēja šūnas); precizējošus izmeklējumus (CT, MR ar i/v kontrastvielu vai augšējo urīnceļu CT izmeklējumu ar retrogrādu kontrastvielas ievadi); kaulu scintigrāfiju, ja pacientam ir simptomi vai sūdzības, kas liecina par metastāzēm kaulos.

## **7. Audzēja biopsija**

Uroteliālās karcinomas lokāla recidīva gadījumā urologs pacientam veiks biopsiju cistoskopijas/nefroureteroskopijas vai transuretrālas urīnpūšļa rezekcijas laikā. Iespēju robežās atbilstošs speciālists morfoloģiski verificēs metastāzes, veicot metastāzes ekscīzijas biopsiju, svārpsta (*core*) biopsiju vai tievās adatas aspirāciju manuālā, US, CT vai MR kontrolē.

Pacientiem ar aizdomām par attālām metastāzēm audzēja morfoloģiska verifikācija tiks veikta gadījumos, kad nav lokāla recidīva un pastāv diferencāldiagnoze ar citu audzēju vai citu



slimību. Ja attālu metastāžu biopsija tehniski nav iespējama bez lielas ķirurģiskas iejaukšanās vai ir ar augstiem komplikāciju riskiem, tā netiks veikta.

## **8. Multidisciplinārs konsīlijs pacientam ar onkoloģisko diagnozi**

Pacientu uz onkoloģisko konsīliju RAKUS/LOC, PSKUS, LRS, DRS piesaka ārsts speciālists, kas diagnosticē audzēja progresiju.

Onkoloģiskajā konsīlijā piedalās onkologs ķīmijterapeits, radiologs terapeits, urologs, radiologs diagnosts, patologs un ārstējošais ārsts. Onkoloģiskā konsīlija mērķis ir izlemt par tālāko terapijas taktiku atbilstoši izmeklējumu rezultātiem, pacienta vispārējam stāvoklim un prognozei.

Onkoloģiskais konsīlijs izvērtēs papildu izmeklējumu vai biopsijas veikšanas nepieciešamību. Onkoloģiskais konsīlijs tiek organizēts arī pacientiem, kuriem nav veikti radioloģiski izmeklējumi smagā vispārējā stāvokļa dēļ, bet pacients ir bijis nosūtīts pie ārsta speciālista. Šādos gadījumos onkoloģiskais konsīlijs lemj par simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.

## **9. Smags vispārējais stāvoklis ECOG $\geq 3$**

Ja pacientam vispārējais stāvoklis ir smags – ECOG 3 (pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un ir 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 un paliatīva aprūpe.

## **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 simptomātisku terapiju savas kompetences robežās. Pacientam un viņa radniekiem rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista un uztura speciālista, ja pacientam vēro svara zudumu. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

## 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](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](http://www.radiologija.lv/userfiles/file/2018_ESUR10_LV.PDF)
3. NCCN Guidelines. Bladder Cancer. Version 1.2023
4. Powles, T., Bellmunt, J., Comperat, E., De Santis, M., Huddart, R., Loriot, Y., Necchi, A., Valderrama, B. P., Ravaud, A., Shariat, S. F., Szabados, B., Van Der Heijden, M. S. & Gillissen, S. 2022. Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up<sup>#x2606;</sup>. *Annals of Oncology*, 33, 244-258.
5. Witjes, J.A. Follow-up in non-muscle invasive bladder cancer: facts and future. *World J Urol* 39, 4047–4053 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03569-2>
6. EAU Guidelines. Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.
7. Locke JA, Hamidizadeh R, Kassouf W, Rendon RA, Bell D, Izawa J, Chin J, Kapoor A, Shayegen B, Lattouf JB, Saad F, Lacombe L, Fradet Y, Fairey AS, Jacobson NE, Drachenberg DE, Cagiannos I, So AI, Black PC. Surveillance guidelines based on recurrence patterns for upper tract urothelial carcinoma. *Can Urol Assoc J*. 2018 Aug;12(8):243-251. doi: 10.5489/cuaj.5377. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29688881; PMCID: PMC6114151.
8. Brenneman, Randall J. et al. Review: Brain Metastases in Bladder Cancer. 1 Jan. 2020 : 237 – 248.

## 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 uzliktniem.

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 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 alergiskām 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. 5 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. 2 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)

<b>Fiziskās aktivitātes statuss pēc Karnofska novērtējuma skalas</b>	<b>Pakāpe pēc Karnofska</b>	<b>Pakāpe pēc ECOG</b>	<b>Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas</b>
Normāls, nav sūdzību	100	0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) 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"/>	<b>0</b>	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem
<input type="checkbox"/>	<b>1</b>	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"/>	<b>2</b>	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu.
<input type="checkbox"/>	<b>3</b>	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai sēdratiem vairāk nekā 50% nomoda stundu
<input type="checkbox"/>	<b>4</b>	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā saistīts pie gultas vai sēdratiem.

**Izmeklējumi, kas pamato stadiju ar datumiem un slēdzieniem**

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

**Slēdziens:****Konsīlija vadītājs:**

(specialitāte; vārds, uzvārds; paraksts)

**Konsīlija locekļi:**

(specialitāte; vārds, uzvārds\*)

Onkologs ķīmijterapeits:

Radiologs terapeits:

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