**Отделение лучевой терапии ДС Отделение лучевой терапии ДС**

**ФИО пациента: Начало лучевой терапии с: ФИО пациента: Начало лучевой терапии с:**

**Иметь при себе для начала лечения: Иметь при себе для начала лечения :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Направление (форма 057/у-04) | 30 дней |
|  | Выписка из амбулаторной или стационарной медицинской карты (форма 027/у) | 14 дней |
|  | Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы | 5 дней |
|  | Общий анализ мочи  | 30 дней |
|  | Биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевина, креатинин)  | 14 дней |
|  | Анализы крови на ВИЧ, RW(сифилис) маркеры гепатита В и С  | 3 месяца |
|  |  Наличие обследования зоны лечения (КТ или МРТ или ПЭТ/КТ) (диски) | 3 месяца |
|  | Анализ на группу крови и резус-фактор  | Бессрочный |
|  | ЭКГ  | 3 месяца или по показаниям |
|  | Рентгенография органов грудной клетки, КТ или ПЭТ-КТ | Не более 6 мес. |
| 1.
 |  Гистологическое подтверждение злокачественного новообразования  |  |
|  | D-димер  | каждые 3 месяца или чаще при назначении лечащего врача |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Направление (форма 057/у-04) | 30 дней |
| 2 | Выписка из амбулаторной или стационарной медицинской карты (форма 027/у) | 14 дней |
| 3 | Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы | 5 дней |
| 4 | Общий анализ мочи  | 30 дней |
| 5 | Биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевина, креатинин)  | 14 дней |
| 6 | Анализы крови на ВИЧ, RW(сифилис) маркеры гепатита В и С  | 3 месяца |
| 7 |  Наличие обследования зоны лечения (КТ или МРТ или ПЭТ/КТ)(диски) | 3 месяца |
| 8 | Анализ на группу крови и резус-фактор  | Бессрочный |
| 9 | ЭКГ  | 3 месяца или по показаниям |
| 10 | Рентгенография органов грудной клетки, КТ или ПЭТ-КТ | Не более 6 мес. |
| 11 |  Гистологическое подтверждение злокачественного новообразования  |  |
| 12 | D-димер | каждые 3 месяца или чаще при назначении лечащего врача |

Врач-радиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач-радиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Все результаты необходимо отдать на ресепшен отделения Лучевой Терапии \*Все результаты необходимо отдать на ресепшен отделения Лучевой Терапии

**Отделение лучевой терапии ДС Отделение лучевой терапии ДС**

**ФИО пациента: Начало лучевой терапии с: ФИО пациента: Начало лучевой терапии с:**

**Иметь при себе для начала лечения: Иметь при себе для начала лечения :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Направление (форма 057/у-04) | 30 дней |
|  | Выписка из амбулаторной или стационарной медицинской карты (форма 027/у) | 14 дней |
|  | Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы | 5 дней |
|  | Общий анализ мочи  | 30 дней |
|  | Биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевина, креатинин)  | 14 дней |
|  | Анализы крови на ВИЧ, RW(сифилис) маркеры гепатита В и С  | 3 месяца |
|  |  Наличие обследования зоны лечения (КТ или МРТ или ПЭТ/КТ) (диски) | 3 месяца |
|  | Анализ на группу крови и резус-фактор  | Бессрочный |
|  | ЭКГ  | 3 месяца или по показаниям |
|  | Рентгенография органов грудной клетки, КТ или ПЭТ-КТ | Не более 6 мес. |
| 1.
 |  Гистологическое подтверждение злокачественного новообразования  |  |
|  | D-димер  | каждые 3 месяца или чаще при назначении лечащего врача |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Направление (форма 057/у-04) | 30 дней |
| 2 | Выписка из амбулаторной или стационарной медицинской карты (форма 027/у) | 14 дней |
| 3 | Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы | 5 дней |
| 4 | Общий анализ мочи  | 30 дней |
| 5 | Биохимический анализ крови (общий белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевина, креатинин)  | 14 дней |
| 6 | Анализы крови на ВИЧ, RW(сифилис) маркеры гепатита В и С  | 3 месяца |
| 7 |  Наличие обследования зоны лечения (КТ или МРТ или ПЭТ/КТ)(диски) | 3 месяца |
| 8 | Анализ на группу крови и резус-фактор  | Бессрочный |
| 9 | ЭКГ  | 3 месяца или по показаниям |
| 10 | Рентгенография органов грудной клетки, КТ или ПЭТ-КТ | Не более 6 мес. |
| 11 |  Гистологическое подтверждение злокачественного новообразования  |  |
| 12 | D-димер | каждые 3 месяца или чаще при назначении лечащего врача |

Врач-радиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач-радиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Все результаты необходимо отдать на ресепшен отделения Лучевой Терапии \*Все результаты необходимо отдать на ресепшен отделения Лучевой Терапии