**Konsīlija slēdziena noformēšanas nosacījumi  pacientam ar pirmreizēji diagnosticētu onkoloģisko slimību vai ar diagnosticētu onkoloģiskās slimības recidīvu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.p.k.** | **Rādītājs** | **Saturs** |
| 1 | **Konsīlija datums** | Norāda datumu, kad ir veikts konsīlijs, papildus norāda, vai konsīlijs veikts pacienta klātbūtnē, vai bez tās.\* |
| 2 | **Ārstniecības iestāde** | Tiek norādīta ārstniecības iestāde, kurā notika konsīlijs |
| 3 | **Personas dati** | Personas vārds , uzvārds, personas kods, deklarētā un faktiskās dzīvesvieta, tālrunis, e- pasts |
| 4 | **Pamata diagnoze** | Diagnoze vārdiem atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm |
| 5 | **Blakus diagnoze/s** | Diagnoze/s atbilstoši SSK-10 klasifikatoram, t.sk diagnozes kods diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm |
| 6 | **TNM klasifikācija** | **T** **N** **M** **G** **pT**  Ja dažādu iemeslu dēļ tas nav iespējams, tad jāsniedz paskaidrojums (piemēram, nav veikta operācija). |
| 7 | **Slimības stadija** | Norāda slimības stadiju *(O, Ois, OA, I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, IC, II, IIA, IIB, IIC, III, IIIA, IIIB, IIIC, IV, IVA, IVB, IVC, neprecizēta – X)* |
| 8 | **Diagnoze apstiprināta** | Norāda kāda izmeklējuma laikā ir veikta audu parauga paņemšana, kas apstiprina diagnozi, vai ar kāds izmeklējums/i apstiprina uzstādīto pamatdiagnozi, ja diagnoze nav apstiprināta morfoloģiski |
| 9 | **Morfoloģija** | Morfoloģijas atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un citu patoloģiskās izmeklēšanas laikā iegūto informāciju, piemēram, receptoru stāvoklis, molekulāri bioloģiski rādītāji vai mutācijas. |
| 10 | **Ar slimību vai tās terapiju saistītas komplikācijas** | Šajā sadaļā norāda ar slimības tālākas progresēšanas vai ar terapiju saistītos riskus veselībai un iespējamās blaknes. |
| 11 | **Lēmums par slimības terapijas taktiku** | Precīzi norāda pa sadaļām:   * ķirurģija (nav nepieciešama, primāra radikāla, paliatīva, simptomātiska), * staru terapija (radikāla, papildu, paliatīva vai simptomātiska), * medikamentozā terapija (neoadjuvanta, adjuvanta, paliatīva), * mērķterapija; * imūnterapija; * paliatīvā aprūpe (ir/nav nepieciešama, ja ir nepieciešama, tad norāda nepieciešamo paliatīvo aprūpes apjomu); * paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā (ir/nav nepieciešams)\*\* * speciālistu, kas turpmāk veiks pacienta slimības ārstēšanu un uzraudzību ( piemēram, onkologs ķīmijterapeits, ķirurgs, onkologs ginekologs, ģimenes ārsts)   Šī konsīlija ietvaros ir jālemj par Latvijā kompensējamiem medikamentiem.  Šī konsīlija ietvaros ir jālemj par reproduktīvā materiāla iegūšanu un uzglabāšanu pirms ķīmijterapijas, veicot atzīmi šī konsīlijā slēdzienā, ja pakalpojums ir jānodrošina, ņemot vērā pakalpojuma saņemšanas lietderību un iespējas, kā arī pacienta vēlmes. |
| 12 | **Prognoze par pacienta veselības stāvokli uz konsīlija norises brīdi** | Tiek norādīta prognozējama īstermiņa vai ilgtermiņa darbnespēja, vai ilgtermiņa invaliditāte. |
| 13 | **Ārstniecības personas** | Norāda ārstniecības personas vārdu, uzvārdu, specialitāti, kas piedalījās konsīlijā un ārstniecības personas ar savu parakstu un zīmogu apliecina pieņemto lēmumu. |

\*Ja konsīlijs notiek bez pacienta klātbūtnes, pacientu konsīlija rezultātu iepazīstina ārstējošais ārsts

\*\* Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā ir indicēta, ja pacienta prognozējamā dzīvildze ir līdz 6 mēnešiem, balstoties uz Ārstniecības likuma 1.panta 31.punktu. Izvērtējot minēta pakalpojuma nepieciešamību, pacienta medicīniskajā dokumentācijā – stacionārajā vai ambulatorajā medicīnas kartē jābūt ierakstam par pacienta prognozējamo dzīvildzi.