


Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 9 kwietnia 2025 r. (Dz. U. poz. 490)

WZÓR

	
<h2 style="margin: 0;">KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h2> <p style="margin: 0; font-size: small;">Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie. Każda sekcja może być drukowana na odrębnej stronie.</p>	
<h3 style="margin: 0;">IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h3>	
Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie i powielany na każdej stronie)	(unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego powielany na każdej stronie)
<h3 style="margin: 0;">AA. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h3>	
A1. Data sporządzenia	A2. Wydana w:
A3. Data decyzji o założeniu karty	<input type="radio"/> podstawowej opiece zdrowotnej <input type="radio"/> ambulatoryjnej opiece specjalistycznej <input type="radio"/> szpitalu <input type="radio"/> programach zdrowotnych
<h3 style="margin: 0;">AB. ŚWIADCZENIODAWCA WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h3>	
A4. Nazwa świadczeniodawcy	
A5. Adres świadczeniodawcy	
<h3 style="margin: 0;">AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h3>	
<h4 style="margin: 0;">AC.1. DANE PACJENTA</h4>	
A6. Nazwisko	A7. Imię (imiona)
A8. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
A9. Wystawiono noworodkowi <input type="checkbox"/>	
A10. Numer kolejny noworodka	A11. Data urodzenia
A12. Płeć	
A13. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
A14. Numer telefonu	A15. Adres poczty elektronicznej
<h4 style="margin: 0;">AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO</h4>	
A16. Nazwisko	A17. Imię (imiona)
A18. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
<h3 style="margin: 0;">AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO</h3>	
A19. Data i podpis posiadacza karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego	
<h3 style="margin: 0;">BA. WYDANIE KARTY W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ/AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ/ PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH</h3>	
<h4 style="margin: 0;">BA.1. PODEJRZENIE/ROZPOZNANIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ</h4>	
B1. Kod jednostki chorobowej	B2. Nazwa jednostki chorobowej
<h3 style="margin: 0;">BB. DALSZE POSTĘPOWANIE</h3>	
B3. Dalsze postępowanie:	
<input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej w zakresie: _____ <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej w zakresie: _____ <input type="radio"/> skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale: _____ <input type="checkbox"/> skierowanie na diagnostykę wstępną przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych do poradni specjalistycznej w zakresie: _____	
<h3 style="margin: 0;">BC. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI PODSTAWOWEJ</h3>	
B4. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który wydał kartę	B5. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego wydano kartę
<h3 style="margin: 0;">CA. DIAGNOSTYKA WSTĘPNA</h3>	
<h4 style="margin: 0;">CA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ</h4>	
C1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	C2. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną
<h3 style="margin: 0;">CB. WYNIK DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ</h3>	
C3. Kod jednostki chorobowej	C4. Nazwa jednostki chorobowej
C5. Data porady zakończonej rozpoznaniem	
<h3 style="margin: 0;">CC. DALSZE POSTĘPOWANIE</h3>	
C6. Dalsze postępowanie:	
<input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębioną w poradni specjalistycznej tej samej specjalności <input type="radio"/> skierowanie na diagnostykę pogłębioną w poradni specjalistycznej innej specjalności: _____ <input type="radio"/> skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale: _____ <input type="checkbox"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	
<h3 style="margin: 0;">CD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI WSTĘPNEJ</h3>	
C7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który zakończył etap diagnostyki wstępnej	C8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę wstępną

DA. DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA	
DA.1. INFORMACJA O PIERWSZEJ PORADZIE SPECJALISTYCZNEJ	
D1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	D2. Data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębianą
DB. WYNIK DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ	
D3. Kod jednostki chorobowej	D4. Nazwa jednostki chorobowej
D5. Data porady kończącej etap diagnostyki pogłębianej	
DC. DALSZE POSTĘPOWANIE	
D6. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> ustalenie planu leczenia onkologicznego <input type="radio"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	
DD. ZAKOŃCZENIE ETAPU DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ	
D7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza, który zakończył etap diagnostyki pogłębianej	D8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego przeprowadzono diagnostykę pogłębianą
EA. WYDANIE KARTY W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO/WYNIK ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO	
E1. Wydanie karty z powodu zmiany świadczeniodawcy <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> TAK	
E2. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	E3. Data zabiegu diagnostyczno-lecniczego
EB. ROZPOZNANIE	
E4. Kod jednostki chorobowej	E5. Nazwa jednostki chorobowej
EC. DALSZE POSTĘPOWANIE	
E6. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> ustalenie planu leczenia onkologicznego <input type="radio"/> zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	
ED. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO/POTWIERDZENIE WYNIKU ZABIEGU DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEGO	
E7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza prowadzącego	E8. Nazwa i adres świadczeniodawcy, u którego postawiono rozpoznanie
FA. USTALENIE PLANU LECZENIA	
F1. Data wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	F2. Data posiedzenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego/ustalenia planu leczenia
F3. Nazwa i adres świadczeniodawcy	
F4. Kod jednostki chorobowej	F5. Nazwa jednostki chorobowej
F6. Ocena jakości diagnostyki onkologicznej <input type="radio"/> pełna <input type="radio"/> niekompletna	
FB. DANE LEKARZY UCZESTNICZĄCYCH W USTALENIU PLANU LECZENIA	
F7. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F8. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
F9. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu	
FC. KOORDYNATOR LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F10. Nazwisko	F11. Imię
F12. Numer telefonu (służbowy)	F13. Adres poczty elektronicznej (służbowy)
FD. PLAN LECZENIA ONKOLOGICZNEGO	
F14. Plan leczenia onkologicznego	
FE. DALSZE POSTĘPOWANIE	
F15. Dalsze postępowanie: <input type="radio"/> posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wymaga leczenia onkologicznego <input type="radio"/> posiadacz karty diagnostyki i leczenia onkologicznego nie wymaga leczenia onkologicznego (zamknięcie karty)	
HA. PODSUMOWANIE LECZENIA	
H1. Data rozpoczęcia leczenia onkologicznego – realizacja planu	H2. Data zakończenia leczenia onkologicznego – zamknięcie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego
H3. Zalecenia	
H4. Zakończenie leczenia onkologicznego na wniosek pacjenta <input type="radio"/> NIE <input type="radio"/> TAK	H5. Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza prowadzącego
HB. INFORMACJE O LEKARZU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
H6. Nazwisko	H7. Imię (imiona)
H8. Nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej	