

TAYS:aan syöpäleikkaukseen lähetettävien potilaiden tarkistuslista (liitettäväksi läheteeseen)

Nimi ja HETU: _____ Asiointikieli: _____

Potilaan yhteyspuhelinnumero: _____ Kotikunta: _____

PITUUS _____ Paino _____ BMI _____ Kantalupa _____

Potilaan yleistila/kuntoisuus _____

KOTILÄÄKITYS (ellei lääkelista liitteenä):

VERENOHENNUSLÄÄKITYS kyllä/ ei
_____ Marevan _____ ASA (Asperin, Disperin, Primaspan) _____ Dipyridamoli (Persantin)
_____ Muu (esim klopidrogreeli, Plavix, Xarelto, Eliquis, Lixiana TAI Omega3-valmisteet): _____

Indikaatio: flimmeri/ laskimotukos/ aivoverenkiertohäiriö / muu _____

PREOPERATIIVISET TUTKIMUKSET: Tutkimuspvm

ENDOMETRIUM-CA (G1-G3 endometrioidit)
Alavatsan erittäin laaja MRI _____
Vartalon erittäin laaja CT _____
PVK, Na, K, Krea, INR, p-gluc, Ca12-5 ja HE4 _____

ENDOMETRIUM-CA (korkean riskin non-endometrioidit; seroosi, clear cell)
Vartalon erittäin laaja CT _____
PVK, Na, K, Krea, INR, p-gluc, Ca12-5 ja HE4 _____

OVARIO-CA: Vartalon erittäin laaja TT _____
PVK, Na, K, Krea, INR, Alat, Bil, p-gluc, alb, CA12-5, HE4, CEA _____

CERVIX-CA: Koko vartalon PET-TT _____
Alavatsan erittäin laaja MRI vaginan geelitäytöllä _____
PVK, Na, K, Krea, INR, p-gluc, SCC _____

VULVA-CA: Lantion/alavatsan laaja MRI kattaen nivuset, vaginan geelitäytöllä _____
Koko vartalon TT _____
VALOKUVAT (merkitse biopsipaikat, jos mahd) _____
PVK, Na, K, Krea, INR, p-gluc, SCC _____

EKG (jos yli 60v tai sydän- ja verenkiertoelimestön sairaus): _____ (pvm)

Anest konsultaatio tehty: _____ Kyllä / ei/ ei tarpeen

Oletettava jatkohoitopaikka: _____ Sairaala/ kotisairaanhoido/ Kotiin ilman apuja

Pitkäaikaisdiagnoosit: _____

LIITTEET:

___ Lääkelista ___ PAD-vastaus ___ PAD-lasit

___ Kuvantamislausekset ___ Kuvat PACS ___ Labravastaukset