



## **PROGRAM AKREDYTACYJNY DLA OŚRODKÓW SENOLOGICZNYCH (APBC)**

Koncepcja Wielodyscyplinarnych Ośrodków Senologicznych jest rzeczywistym odzwierciedleniem i wynikiem zmian, które zaszły w dziedzinie leczenia chorób piersi.

W minionych latach EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) opracowało szeroko akceptowane standardy opieki nad pacjentami z chorobami piersi oraz zainicjowało wysoce rozwinięte badania ankietowe oraz program akredytacyjny dla Europejskich Ośrodków Senologicznych.

W USA sporządzono niedawno Krajowy Program Akredytacji Ośrodków Senologicznych (NAPBC; National Accreditation Program for Breast Centers).

APBC opracowany przez SIS został opracowany w celu akredytacji programów rozwojowych zinstytucjonalizowanych już Ośrodków Senologicznych i ośrodków pomocniczych, aby poprawić jakość postępowania, jego ewaluację i leczenie chorych. Uczestnictwo w programie jest dobrowolne. Proponuje się go Ośrodkom Senologicznym, w którym działają zespoły medyczne integrowane przez Kolegów będących członkami towarzystw aktywnie działających w ramach SIS (afiliowanych w SIS).

Celem niniejszego programu jest stworzenie modelu organizacji i zachowania jakości Ośrodków Senologicznych, mających zapewnić wielodyscyplinarne leczenie chorób piersi, opartego na uznanych standardach międzynarodowych.

### Cele akredytacji

1. Powszechność: wszystkie kobiety, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinny mieć dostęp do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia raka sutka.
2. Jednolitość: od wszystkich Ośrodków Senologicznych należy wymagać takich samych wskaźników jakości.

### STANDARDY WYMOGÓW JAKOŚCIOWYCH

1. Ośrodki Senologiczne powinny być jednostkami niezależnymi, posiadającymi zdolność działania autonomicznego.
2. Ośrodki Wielodyscyplinarne powinny zatrudniać specjalistów z wszystkich dziedzin diagnostyki i leczenia oraz organizować cotygodniowe spotkania, na których omawia się poszczególne przypadki kliniczne.
3. Wszyscy specjaliści Ośrodka Senologicznego powinni brać udział w ciągłym doszkalaniu. Usilnie zaleca się, aby wszyscy pracownicy Ośrodka Senologicznego odbyli akredytowane szkolenie w zakresie komunikacji i umiejętności prowadzenia rozmowy. Uważa się, że jakość komunikacji między członkami zespołu oraz pomiędzy pacjentami a lekarzami ma podstawowe znaczenie dla podejścia zespołowego, a chory powinien być w centrum zainteresowania tak działającego zespołu.
4. Ośrodek powinien mieć uaktualnione protokoły diagnostyczne, lecznicze i monitorowania raka piersi.
5. Ośrodek powinien świadczyć usługi w dziedzinie prewencji pierwotnej, wczesnego rozpoznawania i leczenia raka piersi, patomorfologii sutka, badań genetycznych,

wspomagania psychoonkologicznego i wsparcia społecznego. Powinien także zapewniać promocje zdrowia piersi.

6. Jednostka prowadząca bazę danych powinna odnotowywać wszelkie wskaźniki jakości. Dane te powinny być dostępne dla kontroli (audytu).  
Dokumentacja działalności powinna być przechowywana przez przynajmniej 3 lata.
7. Chorym należy udostępnić informację na temat badań klinicznych i wszystkich opcji leczenia.
8. Akredytacja może objąć Ośrodki Senologiczne zatrudniające zespoły medyczne, których członkowie należą do towarzystw aktywnie uczestniczących w pracach SIS.

### **Działy Ośrodka Senologicznego**

1. Medycyna obrazowa
  - a. Mammografia przesiewowa (cyfrowa lub analogowa)
  - b. Mammografia diagnostyczna (dodatkowe przekroje: nie tylko takie, które są stosowane w metodzie przesiewowej i opracowanie nieprawidłowości stwierdzanych klinicznie)
  - c. Ultrasonografia
  - d. Rezonans magnetyczny (MR) piersi
2. Biopsja igłowa (preferowana gruboigłowa)
  - a. Pod kontrolą palpacyjną
  - b. Pod kontrolą obrazowania – stereotaktyczna
  - c. Pod kontrolą obrazowania ultradźwiękowego
  - d. Pod kontrolą obrazowania rezonansem magnetycznym
3. Patomorfologia
  - a. Wynik badania histopatologicznego/protokół według College of American Pathologists (CAP)
  - b. Zgodność radiologiczno-patologiczna
  - c. Wskaźniki prognostyczne i predykcyjne
  - d. Badania genetyczne (jeśli są dostępne)
4. Posiedzenia międzydyscyplinarne (wielospecjalistyczne)
  - a. Dane kliniczne (i wyniki badań dodatkowych)
  - b. Wyniki badań obrazowych
  - c. Wyniki badania patomorfologicznego
  - d. Wielodyscyplinarne omówienie przypadku przed i po leczeniu
5. Ocena genetyczna i postępowanie
  - a. Ocena ryzyka genetycznego
  - b. Poradnictwo genetyczne
  - c. Badanie genetyczne
6. Opieka chirurgiczna
  - a. Zgodność oceny chirurgicznej z wynikami badań obrazowych
  - b. Planowanie przedoperacyjne postępowania chirurgicznego po biopsji
  - c. Operacja sutka: wycięcie guza lub mastektomia
  - d. Zabieg chirurgiczny na węzłach chłonnych: procedura węzła wartowniczego lub usunięcie węzłów chłonnych dołu pachowego
  - e. Planowanie dalszego leczenia (pooperacyjnego, uzupełniającego) po ocenie wstępnych wyników pooperacyjnych
7. Chirurgia plastyczna: konsultacja i leczenie
  - a. Ekspander tkankowy/wszczep
  - b. Płaty TRAM i z mięśnia najszerzego grzbietu
  - c. Płaty DIEP (płat skórнопodskórny) i wolne (w miarę możliwości)
8. Opieka pielęgniarska

## OŚRODKI SENOLOGICZNE: PRACOWNICY FACHOWI (WYSPECJALIZOWANI)

1. **Kierownik Jednostki Senologicznej (Ośrodka Senologicznego), Kierownik Kliniczny lub Koordynator Ośrodka Senologicznego:** jest pożądane, by był on specjalistą w którejkolwiek z dyscyplin związanych z chorobami piersi.
2. **Chirurdzy piersi :** wyszkoleni w chirurgii piersi i posiadający zaktualizowaną wiedzę w zakresie wszystkich aspektów rozpoznania i leczenia zmian chorobowych piersi, zwłaszcza raka sutka.
3. **Chirurdzy plastyczni:** specjaliści w dziedzinie chirurgii rekonstrukcyjnej i onkoplastycznej chirurgii piersi; są oni pracownikami Ośrodka. Gdy nie jest to możliwe, należy nawiązać trwałą współpracę z oddziałem chirurgii plastycznej w ośrodku referencyjnym.
4. **Radiolodzy specjalizujący się w senologii:** specjaliści opisujący co najmniej 1000 mammogramów rocznie lub 5000 mammogramów rocznie jeżeli uczestniczą w programach przesiewowych.
5. **Technicy radiologiczni:** muszą posiadać specjalne przeszkolenie i doświadczenie w mammografii, ultrasonografii i rezonansie magnetycznym.
6. **Patomorfolodzy:** eksperci w zakresie łagodnych i złośliwych chorób sutka, odpowiedzialni za rozpoznane histopatologiczne i cytologiczne.
7. **Onkolodzy kliniczni:** odpowiedzialni za systemowe leczenie neoadjuwantowe (chemioterapia przedoperacyjna) i uzupełniające.
8. **Radioterapeuci onkologiczni:** eksperci w zakresie wszystkich metod leczenia chorób piersi energią promienistą. Jeśli nie są dostępni (zatrudnieni) w Ośrodku Senologicznym, leczenie można prowadzić w ośrodku referencyjnym.
9. **Pielęgniarka onkologiczna:** odpowiedzialna za udostępnienie chorym informacji, edukację zdrowotną i pomoc psychologiczną dla chorych. Musi mieć doświadczenie w opiece pooperacyjnej i rehabilitacji.
10. **Psychoonkolog:** ekspert w zapewnianiu wsparcia chorym na raka piersi.
11. **Case Manager (osoba pilotująca/nadzorująca przebieg postępowania, menażer przykładów):** odpowiedzialny za bazę danych w odniesieniu do wszystkich aspektów rozpoznania, leczenia, monitorowania i za reagowanie na opóźnienia wymienionych procesów.

## ŚWIADCZENIA DOSTĘPNE W OŚRODKU SENOLOGICZNYM

1. Edukacja zdrowotna i wsparcie psychosocjalne dla chorych na raka piersi:
  - Oświata zdrowotna i informacje pisemne na temat leczenia i jego działań niepożądanych;
  - Wsparcie psychosocjalne: indywidualne i rodzinne;
  - Współdziałanie z grupami wsparcia;
  - Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku objawów pojawiających się po leczeniu;
  - Leczenie fizykalne i rehabilitacja ruchu w stawie barkowym oraz zapobieganie obrzękowi chłonnemu i jego leczenie.
2. Świadczenia opieki psychologicznej
  - Opracowane specjalnie dla chorych na raka piersi;
  - Programy opieki psychologicznej: obejmującej cały proces leczenia począwszy od momentu rozpoznania.
3. Programy dla chorych po leczeniu raka piersi
  - Monitorowanie;
  - Świadczenia rehabilitacyjne;
  - Szkolenie w zakresie promocji zdrowia i czujności zdrowotnej, w celu zmniejszenia ryzyka.
4. Program zachowania płodności dla młodych kobiet z rakiem piersi
5. Opieka paliatywna dla chorych z chorobą przerzutową (rozsianą)
6. Praca w zespołach wielodyscyplinarnych

Podstawowy personel zajmujący się rozpoznaniem i leczeniem raka piersi obejmuje: chirurga, radiologa, patologa, onkologa klinicznego i radioterapeutę.

Przypadek każdej kobiety i wyniki jej badań/leczenia powinny zostać omówione na posiedzeniu wielodyscyplinarnym przed i po leczeniu chirurgicznym.

Wszyscy członkowie zespołu wielodyscyplinarnego muszą posiadać odpowiednie przeszkolenie w dziedzinie raka piersi, uczestnicząc w rocznym szkoleniu w akredytowanej placówce szkoleniowej.

Wszyscy członkowie zespołu wielodyscyplinarnego muszą uczestniczyć w posiedzeniu wielodyscyplinarnym co najmniej raz w tygodniu, aby omawiać rozpoznanie, wyniki patomorfologiczne po zakończeniu leczenia operacyjnego oraz ocenić opcje terapeutyczne.

## **7. Patomorfologia**

- Pełne opisy uwzględniające czynniki predykcyjne i prognostyczne
- Korelacje radiologiczno-histologiczne

## **8. Diagnostyka obrazowa**

- Mammografia
- Ultrasonografia
- Rezonans magnetyczny
- Oznakowanie zmian niewyczuwalnych palpacyjnie lub poddawanych leczeniu neoadjuwantowemu

## **9. Radiologia interwencyjna**

### **Biopsje igłowe:**

- pod kontrolą USG
- pod kontrolą mammograficzną
- pod kontrolą MR
- Wprowadzanie znaczników/kotwic

## **10. Opieka chirurgiczna (zob. też niżej)**

- Strategia przedoperacyjna opracowana w zespole wielodyscyplinarnym
- Chirurgia zachowawcza i mastektomia
- Biopsja węzła wartowniczego i limfadenektomia pachowa
- Chirurgia onkoplastyczna

## **11. Bezpośredni lub odroczony zabieg chirurgii rekonstrukcyjnej**

- I mplanty piersiowe i ekspandery tkankowe
- Płaty TRAM i z mięśnia najszerzego grzbietu
- DIEP
- Symetryzacja piersi przeciwnej
- Rekonstrukcja z użyciem lipofilingu

## **12. Radioterapia**

- Napromienianie części lub całej piersi
- Boost
- Napromienianie okolicznych węzłów chłonnych
- Paliatywne napromienianie przerzutów do kości

## **13. Onkologia kliniczna**

- Chemioterapia neoadjuwantowa i uzupełniająca
- Hormonoterapia
- Terapia biologiczna

- Chemoprewencja

#### **14. Opieka pielęgniarska**

- Pielęgniarka z doświadczeniem w zakresie zmian łagodnych i złośliwych piersi
- Opieka psychologiczna
- Opieka pooperacyjna
- Rehabilitacja w zakresie ruchów w stawie barkowym
- Zapobieganie i leczenie obrzęku chłonnego

#### **15. Zarządzanie danymi**

- Baza danych postępowania klinicznego
- Zintegrowane administracyjnie planowanie wizyt i badań diagnostycznych
- Wykrywanie przypadków opóźnienia świadczeń i reakcja na nie

#### **16. Poradnictwo genetyczne**

- Ocena ryzyka genetycznego
- Badania genetyczne
- Porady genetyczne

#### **17. Badania naukowe**

- Badania wielośrodkowe
- Badania kliniczne
- Badania podstawowe w raku piersi

#### **18. Szkolenie**

- Programy edukacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa, dotyczące wszystkich aspektów promocji zdrowia, prewencji, diagnostyki i leczenia raka piersi
- Programy szkoleniowe z zakresu wczesnego rozpoznawania i leczenia raka piersi
- Kursy szkoleniowe dla specjalistów z dziedziny raka piersi
- Programy szkoleniowe z zakresu raka piersi skierowane do lekarzy rodzinnych

#### **19. Ustawiczna poprawa jakości opieki**

- Coroczne kontrole wewnętrzne (audyty), mające ustalić obszary poprawy jakości opieki i określić wdrażanie programów zaawansowanego monitoringu

### **RADIOLOGIA – WYTYCZNE ZAPEWNIENIA JAKOŚCI W BADANIACH PRZESIEWOWYCH I DIAGNOSTYCZNYCH W RAKU PIERSI**

1. To radiolodzy są w pierwszym rzędzie odpowiedzialni za jakość obrazów mammograficznych i ich interpretację diagnostyczną
2. Wymogi stawiane radiologom:
  - a. Kwalifikacje lekarskie
  - b. Przeszkolenie w zakresie mammografii przesiewowej i diagnostycznej
  - c. Uczestnictwo w programach szkolenia ustawicznego lekarzy i poddanie się zewnętrznej ocenie jakości
  - d. Radiolog chorób piersi opisuje co najmniej 1000 mammogramów rocznie (badania diagnostyczne) lub 5000 mammogramów w przypadku programów przesiewowych
  - e. Radiolog powinien odmawiać akceptacji mammogramów o niezadowalającej jakości technicznej i wymagać ich powtórzenia. Wszystkie powtórne mammogramy należy utrwalić.
  - f. Radiolog powinien kierować procesem oceny w sytuacji, gdy kobiety są powtórnie wzywane na badanie ze względu na nieprawidłowe wyniki badania

przesiewowego. Proces ten powinien obejmować potrójną kontrolę i uwzględniać dane kliniczne, inne badania obrazowe i wyniki biopsji.

- g. Radiolog musi dokonywać przeglądu przypadków raków interwałowych.
- h. Radiolog musi ściśle współpracować z innymi kolegami w ramach zespołu wielodyscyplinarnego. Zespoły te powinny obejmować specjalistów ze wszystkich dyscyplin diagnostycznych i leczniczych oraz brać udział w często zwoływanych posiedzeniach, aby omawiać poszczególne przypadki kliniczne.

#### Wyposażenie

1. Mammografia
  - Stół do zdjęć z kratką Bucky i receptor obrazu
  - Ciemnia
  - Drukarki
  - Stacja opisowa (pokój opisowy)
    - Mammografia cyfrowa

Kontrole jakości odpowiednie do używanego systemu; ponieważ systemy cyfrowe mammografii są nowe, należy je uaktualniać zgodnie z instrukcją.

2. Ultrasonografia
3. Rezonans magnetyczny
4. Biopsje pod kontrolą obrazowania: ultradźwiękowego, MR i stereotaktyczne
5. Przedoperacyjne procedury lokalizacji igły, we wszystkich rodzajach obrazowania.

Sprzęt należy ewidencjonować następująco:

- Mammograf analogowy: ..... Model ..... Rok (produkcji) .....
- Mammograf cyfrowy: ..... Model ..... Rok (produkcji) .....
- System przetwarzania obrazu: .....
- Ultrasonograf: ..... Model ..... Rok (produkcji) .....
- Sprzęt do rezonansu magnetycznego: ..... Model ..... Rok (produkcji) .....
- Sprzęt do biopsji: ..... Model ..... Rok (produkcji) .....

#### Technicy radiologiczni

1. Technicy radiologiczni muszą posiadać odpowiednie doświadczenie i być specjalnie przeszkoleni w wykonywaniu mammografii.
2. Technicy radiologiczni są odpowiedzialni za uzyskanie mammogramów wysokiej jakości, niezbędnych do wykrycia nieregularności w budowie piersi oraz za przetwarzanie obrazów (wywoływanie zdjęć) i wstępna ich ocenę.
3. Do obowiązków techników radiologicznych należy wdrażanie i przeprowadzanie procedur kontroli jakości, sprawdzających sprzęt.
4. Technicy radiologiczni zatrudnieni w programach przesiewowych muszą pracować co najmniej dwa dni w tygodniu, aby utrzymać odpowiedni poziom umiejętności w zakresie mammografii.
5. Technicy radiologiczni nie pracujący w ramach mammografii przesiewowej powinni wykonywać co najmniej 20 badań mammograficznych tygodniowo.
6. U co najmniej 97% kobiet poddawanych skriningowi badanie powinno być ocenione jako akceptowalne i taki sam odsetek pacjentek powinien być zadowolony z wizyty przesiewowej.
7. Powtórne badanie powinno dotyczyć mniej niż 3% kobiet; należy je poddać dodatkowej kontroli.
8. Technicy radiologiczni powinni odbyć 3-7 dniowe szkolenie z zakresu mammografii w ośrodkach szkoleniowych oraz szkolenie kliniczne trwające od 2 do 6 tygodni.
9. Technicy radiologiczni powinni brać udział w posiedzeniach zespołu wielodyscyplinarnego.

### **Ośrodek diagnostycznych badań obrazowych piersi powinien:**

1. wykonywać co najmniej 2000 mammogramów rocznie,
2. mieć możliwość przeprowadzenia mammografii, klinicznego badania piersi, biopsji pod kontrolą obrazową – aspiracyjnych cienkoigłowych i biopsji gruboigłowych pod kontrolą rozmaitych technik obrazowania;
3. zatrudniać radiologa z doświadczeniem w opisywaniu mammogramów, oceniającego ok. 1000 mammogramów rocznie lub 5000 rocznie w ramach programów przesiewowych;
4. wchodzić na stałe do składu zespołu wielodyscyplinarnego;
5. uczestniczyć w ustawicznym szkoleniu medycznym;
6. monitorować dane oraz wyniki mammogramów i biopsji;
7. zapewnić zbadanie 90% objawowych kobiet w przeciągu 2 tygodni;
8. zagwarantować otrzymanie wyniku mammografii w okresie krótszym niż 5 dni roboczych.

### **Wynik badania patomorfologicznego**

Zgodnie z bieżącymi wymogami wyczerpujący wynik badania patomorfologicznego raka piersi powinien obejmować poniższe składowe:

1. Dane demograficzne chorej/chorego;
2. Szczegółowy makroskopowy opis wycinka tkanek;
3. Szczegółowe badanie mikroskopowe wycinka, z uwzględnieniem naciekania i cech in situ: wymiary, stopień złośliwości histologicznej, marginesy chirurgiczne, stan receptorowy (ER, PR, HER 2);
4. Stan węzłów chłonnych: procedura węzła wartowniczego i/lub limfadenektomia pachowa;
5. Z uwagi na bardzo szczegółową naturę wymienionych opisów zaleca się używanie szablonu, który zapewni przekazanie chirurgom i onkologom wszystkich niezbędnych informacji i umożliwi dokonanie obliczeń danych zawartych w wyniku.

### **Zalecany szablon**

Protokół badania wycinków pobranych od chorych na inwazyjnego raka piersi. Protokół odnosi się do wszystkich inwazyjnych raków sutka, w tym raka przewodowego in situ (DCIS) z mikronaciekaniem.

Opracowano na podstawie AJCC/UICC TNM, wyd.7.

© 2009 College of American Pathologists (CAP).

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Dane kliniczne:

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ Płeć: K/M \_\_\_\_ Numer identyfikacyjny (ID) \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_

- Wywiad chorobowy (wybrać wszystkie dotyczące opcje)
- Aktualne wyniki badania klinicznego i badań obrazowych, z powodu których wykonuje się zabieg chirurgiczny:
  - \_\_\_ Wyczuwalny guz/opór (zmiana palpacyjna)
  - \_\_\_ Wyniki badań obrazowych
  - \_\_\_ Guz lub nieprawidłowość budowy
  - \_\_\_ Zwapnienia
  - \_\_\_ Inne (wymienić)
  - \_\_\_ Wyciek z brodawki
  - \_\_\_ Inne (wymienić)
- \_\_\_ Dotychczasowy wywiad raka piersi
- Określić umiejscowienie, rozpoznanie i przebyte leczenie

- \_\_\_ Przebyte leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) z powodu bieżącego rozpoznania raka inwazyjnego
- Określić typ: \_\_\_\_\_

### Zabiegi:

- Amputacja sutka (mastektomia niecałkowita, w tym biopsja z pobraniem wycinka, wycięcie guza, kwadrantektomia i częściowa mastektomia) z usunięciem lub bez usuwania węzłów chłonnych pachowych
- Mastektomia (całkowita amputacja sutka, zmodyfikowana radykalna, radykalna) z usunięciem lub bez usunięcia zawartości dołu pachowego

### Podsumowanie zmian patologicznych raka sutka dla chirurga (lista kontrolna)

**INWAZYJNY RAK PIERSI: Wycięcie całkowite (mastektomia niecałkowita, w tym biopsja z pobraniem wycinka, wycięcie guza, kwadrantektomia i częściowa mastektomia, z usunięciem lub bez usuwania węzłów chłonnych pachowych) i mastektomia (całkowita amputacja sutka, zmodyfikowana radykalna, radykalna, z usunięciem lub bez usunięcia zawartości dołu pachowego)**

### OCENA MAKROSKOPOWA

Wybrać jedną opcję, chyba że są inne powody zaznaczenia kilku wariantów:

#### Wycinek:

- \_\_\_ część piersi
- \_\_\_ cała pierś (z brodawką i skórą)
- \_\_\_ inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_
- \_\_\_ nie wymienione wyżej

#### Zabieg:

- \_\_\_ wycięcie bez lokalizacji kotwicą
- \_\_\_ wycięcie z lokalizacją kotwicą
- \_\_\_ mastektomia całkowita (z brodawką i skórą)
- \_\_\_ inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_
- \_\_\_ nie wymienione wyżej

#### Częściowe wycięcie węzłów chłonnych (sampling) (wybrać wszystkie odpowiednie opcje):

- \_\_\_ brak węzłów chłonnych w wycinku
- \_\_\_ węzeł/ty wartowniczy/e
- \_\_\_ zmodyfikowane radykalne usunięcie węzłów chłonnych (axillary dissection) (wycięcie częściowe lub całkowite)
- \_\_\_ węzły chłonne obecne w wycinku sutka (tj. węzły chłonne wewnątrzsutkowe)
- \_\_\_ inne węzły chłonne (np. nadobojczykowe lub o nieokreślonej lokalizacji)

Określić lokalizację, jeśli ją opisano: \_\_\_\_\_

#### Integralność wycinka:

- \_\_\_ pojedynczy nienaruszony wycinek (można ocenić marginesy)
- \_\_\_ liczne oznaczone wycinki (np. wycięty główny blok tkanek z zaznaczonymi marginesami)
- \_\_\_ pofragmentowany (nie można w sposób pewny ocenić marginesów)
- \_\_\_ inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_



**Wielkość wycinka (w przypadku mastektomii niecałkowitej):**

Największy wymiar: \_\_\_\_\_ cm

Dodatkowe wymiary: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_ Nie można określić

**Wycinek pobrany z piersi (strona):**

\_\_\_\_\_ prawej

\_\_\_\_\_ lewej

\_\_\_\_\_ nie określono.

**Umieszczenie guza: rak inwazyjny (wybrać wszystkie dotyczące opcje):**

\_\_\_\_\_ Kwadrant górny zewnętrzny (boczny)

\_\_\_\_\_ Kwadrant dolny zewnętrzny (boczny)

\_\_\_\_\_ Kwadrant górny wewnętrzny (przyśrodkowy)

\_\_\_\_\_ Kwadrant dolny wewnętrzny (przyśrodkowy)

\_\_\_\_\_ Centralne

\_\_\_\_\_ Brodawka

Pozycja na godzinie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nie określono

**BADANIE MIKROSKOPOWE**

**Wielkość guza: wymiar największego raka inwazyjnego**

\_\_\_\_\_ tylko mikroinwazja ( $\leq 0,1$  cm)

Największy wymiar największego ogniska inwazyjnego ponad 0,1 cm: \_\_\_\_\_ cm

Dodatkowe wymiary: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm

\_\_\_\_\_ Nie stwierdza się resztek raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)

\_\_\_\_\_ Nie daje się określić

*Uwaga: Wymiar raka inwazyjnego powinien uwzględniać wyniki makroskopowe skorelowane z badaniem mikroskopowym. Jeśli stwierdza się ogniska naciekania, na liście umieszcza się największy ciągły obszar naciekania. Nie należy sumować wymiarów licznych ognisk raka inwazyjnego. Wymiar nie obejmuje przylegającego DCIS.*

*Jeżeli wykonano wcześniej biopsję gruboigłową lub biopsję wycinającą, wykazującą większy obszar naciekania niż stwierdzony w pobranym wycinku/preparacie operacyjnym w klasyfikacji TNM należy w klasie T uwzględnić największy wymiar raka inwazyjnego, stwierdzony w pierwszym wycinku, jeśli ten wymiar jest znany.*

*Jeśli wcześniej zastosowano leczenie i nie stwierdza się raka inwazyjnego, raka klasyfikuje się jako Tis jeżeli występuje resztkowy DCIS i jako T0 jeżeli nie ma pozostałego raka.*

**Ogniska guza**

\_\_\_\_\_ pojedyncze ognisko raka inwazyjnego

\_\_\_\_\_ liczne ogniska raka inwazyjnego

Liczba ognisk: \_\_\_\_\_

Wymiary poszczególnych ognisk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nie ma pozostałych fragmentów raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)

\_\_\_\_\_ Nie określono

*Uwaga: Jeżeli stwierdza się liczne ogniska raka inwazyjnego, wówczas wymiar, stopień złośliwości histologicznej, typ histologiczny oraz wyniki badań na obecność receptorów estrogenowych (ER), progesteronowych (PG) i receptorów HER2/neu powinny się odnosić do największego ogniska raka inwazyjnego. Jeżeli mniejsze ogniska raka inwazyjnego różnią się pod względem którejkolwiek wymienionej cechy, informację tę można umieścić w „komentarzu”.*

### **Makroskopowy i mikroskopowy zasięg guza (wybrać wszystkie odpowiednie opcje)**

#### Skóra

- Nie ma skóry w preparacie.
- Rak inwazyjny nie nacieka skóry właściwej ani naskórka.
- Rak inwazyjny bezpośrednio nacieka skórę właściwą lub naskórek, bez owrzodzenia skóry.
- Rak inwazyjny bezpośrednio nacieka skórę właściwą lub naskórek, z owrzodzeniem skóry (sklasyfikowany jako T4b)
- Stwierdza się satelitarne ogniska raka inwazyjnego (tj. nie wykazujące ciągłości z rakiem inwazyjnym w piersi) (zaklasyfikowane jako T4b)

#### Brodawka

- DCIS nie nacieka naskórka brodawki.
- DCIS nacieka naskórek brodawki (Choroba Pageta brodawki)

*Uwaga: Takie znalezisko nie zmienia klasyfikacji T.*

#### Mięśnie szkieletowe

- Mięśnie szkieletowe nieobecne w preparacie.
- Mięśnie szkieletowe obecne w preparacie, wolne od raka.
- Rak nacieka mięśnie szkieletowe.
- Rak nacieka mięśnie szkieletowe i ścianę klatki piersiowej (zaklasyfikowane jako T4a).

*Uwaga: Naciekania mięśni piersiowych nie uznaje się jako naciekania ściany klatki piersiowej i raka nie klasyfikuje się wówczas jako T4a, chyba że naciek sięga głębiej, niż ten mięsień.*

### **Rak przewodowy in situ (DCIS) (wybrać wszystkie dotyczące opcje)**

- Nie stwierdza się DCIS.
- Stwierdza się DCIS.
- Rozległy komponent przewodowy (EIC) nieobecny (ujemny)
- EIC obecny.  Stwierdza się tylko DCIS po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym).

\* Wymiar (zasięg) DCIS

\* Szacowany wymiar (zasięg) DCIS (największy wymiar w ocenie makro – i mikroskopowej) wynosi co najmniej \_\_\_\_\_ cm.

\* Dodatkowe wymiary: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm

\* Liczba blozków z DCIS: \_\_\_\_\_

\* Liczba zbadanych blozków: \_\_\_\_\_

*Uwaga: Wymiar (zasięg) DCIS jest oszacowaniem objętości tkanki sutka, zajętej przez DCIS. Informacja ta może być użyteczna w przypadkach z dominującym komponentem DCIS (np. DCIS z mikroinwazją), lecz nie musi być niezbędna w przypadkach raków inwazyjnych z nieobecny EIC.*

### **Makroskopowy i mikroskopowy zasięg guza (wybrać wszystkie odpowiednie opcje)**

#### Skóra

- Nie ma skóry w preparacie
- Rak inwazyjny nie nacieka skóry właściwej ani naskórka

- Rak inwazyjny bezpośrednio nacieka skórę właściwą lub naskórek, bez owrzodzenia skóry
- Rak inwazyjny bezpośrednio nacieka skórę właściwą lub naskórek, z owrzodzeniem skóry (sklasyfikowany jako T4b)
- Stwierdza się satelitarne ogniska raka inwazyjnego (tj. nie wykazujące ciągłości z rakiem inwazyjnym w piersi) (zaklasyfikowane jako T4b)

#### Brodawka

- DCIS nie nacieka naskórka brodawki.
- DCIS nacieka naskórek brodawki (Choroba Pageta brodawki)

*Uwaga: Takie znalezisko nie zmienia klasyfikacji T.*

#### Mięśnie szkieletowe

- Mięśnie szkieletowe nieobecne w preparacie.
- Mięśnie szkieletowe obecne w preparacie, wolne od raka.
- Rak nacieka mięśnie szkieletowe.
- Rak nacieka mięśnie szkieletowe i ścianę klatki piersiowej (zaklasyfikowane jako T4a).

*Uwaga: Naciekania mięśni piersiowych nie uznaje się jako naciekania ściany klatki piersiowej i raka nie klasyfikuje się wówczas jako T4a, chyba że naciek sięga głębiej, niż ten mięsień.*

### **Rak przewodowy in situ (DCIS) (wybrać wszystkie dotyczące opcje)**

- Nie stwierdza się DCIS.
- Stwierdza się DCIS.
- Rozległy komponent przewodowy (EIC) nieobecny (ujemny)
- EIC obecny.  Stwierdza się tylko DCIS po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym).

\* Wymiar (zasięg) DCIS

\* Szacowany wymiar (zasięg) DCIS (największy wymiar w ocenie makro – i mikroskopowej) wynosi co najmniej \_\_\_\_\_ cm.

\* Dodatkowe wymiary: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ cm

\* Liczba blozków z DCIS: \_\_\_\_\_

\* Liczba zbadanych blozków: \_\_\_\_\_

*Uwaga: Wymiar (zasięg) DCIS jest oszacowaniem objętości tkanki sutka, zajętej przez DCIS. Informacja ta może być użyteczna w przypadkach z dominującym komponentem DCIS (np. DCIS z mikroinwazją), lecz nie musi być niezbędna w przypadkach raków inwazyjnych z nieobecnym EIC.*

### **Stopień złośliwości histologicznej: Punktacja histologiczna Nottingham**

Zróżnicowanie w kierunku raka gruczołowego (gronkowego)/cewkowego

- 1 punkt: >75% obszaru guza tworzy struktury gruczołowe/cewkowe
- 2 punkty: 10-75% obszaru guza tworzy struktury gruczołowe/cewkowe
- 3 punkty: <10% obszaru guza tworzy struktury gruczołowe/cewkowe
- Obecna tylko mikroinwazja (mikronaciekanie) (nieobjęte stopniowaniem)
- Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)
- Nie można ustalić punktacji.

#### Pleomorfizm jądra komórkowego

1 punkt: Jądra są małe, niewiele większe od jąder prawidłowych komórek nabłonkowych sutka, o regularnych zarysach, z jednorodną chromatyną jądrową, wykazują niewielkie zróżnicowanie co do wielkości.

2 punkty: Komórki są większe od prawidłowych, z jądrami pęcherzykowatymi, widocznymi jąderkami i wykazują umiarkowane zróżnicowanie co do wielkości i kształtu.

3 punkty: Jądra pęcherzykowate, często w wyraźnych jąderkami, wykazujące znaczne

zróznicowanie co do wielkości i kształtu, czasami tworzące bardzo duże i dziwaczne struktury

- Stwierdza się tylko mikronaciekanie (nieobjęte stopniowaniem)  
 Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)  
 Nie można ustalić punktacji

#### Liczba mitoz

- 1 punkt (zob. tab. 2)  
 2 punkty (zob. tab. 2)  
 3 punkty (zob. tab. 2)  
 Stwierdza się tylko mikronaciekanie (nieobjęte stopniowaniem)  
 Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)  
 Nie można ustalić punktacji

\* Liczba mitoz na 10 pól widzenia (pod dużym powiększeniem): \_\_\_\_\_

\* Średnica pola widzenia: \_\_\_\_\_ mm

#### Stopień złośliwości (ogółem)

- Stopień 1: punktacja 3,4 albo 5  
 Stopień 2: punktacja 6 albo 7  
 Stopień 3: punktacja 8 albo 9  
 Stwierdza się tylko mikronaciekanie (nieobjęte stopniowaniem złośliwości)  
 Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (adjuwantowym)  
 Nie można ustalić punktacji.

*Uwaga: Stopień złośliwości odnosi się do największego obszaru naciekania. Jeśli są obecne mniejsze ogniska naciekania o różnych stopniach złośliwości, informację tę należy zamieścić pod hasłem „Dodatkowe dane z badania histopatologicznego”*

#### **Marginesy (wybrać wszystkie odpowiednie opcje)**

- Nie można ocenić marginesów  
 Marginesy są zajęte przez raka inwazyjnego  
Odległość od najbliższego marginesu: \_\_\_\_\_ mm

Określenie marginesów:

- \* Odległość od górnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od dolnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od przedniego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od tylnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od przyśrodkowego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od bocznego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od inaczej określonego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Oznakowanie marginesu: \_\_\_\_\_

- Marginesy niezajęte przez DCIS (jeśli stwierdza się obecność DCIS)  
Odległość od najbliższego marginesu: \_\_\_\_\_ mm

Określenie marginesów:

- \* Odległość od górnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od dolnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm  
\* Odległość od przedniego marginesu: \_\_\_\_\_ mm

- \* Odległość od tylnego marginesu: \_\_\_\_\_ mm
- \* Odległość od przyśrodkowego marginesu: \_\_\_\_\_ mm
- \* Odległość od bocznego marginesu: \_\_\_\_\_ mm
- \* Odległość od inaczej określonego marginesu: \_\_\_\_\_ mm
- \* Oznakowanie marginesu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Margines/y objęte naciekiem raka inwazyjnego

Określenie marginesu/ów: \_\_\_\_\_

Określenie marginesu/ów i zasięgu nacieku:

- \* \_\_\_\_\_ Margines górny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines dolny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines przedni
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines tylny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines przyśrodkowy
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines boczny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

\_\_\_\_\_ Margines/y zawiera/ją DCIS

Określenie marginesu/ów : \_\_\_\_\_

Określenie marginesu/ów i zasięgu naciekania:

- \* \_\_\_\_\_ Margines górny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines dolny
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \* \_\_\_\_\_ Rozległe naciekanie

- \* \_\_\_\_\_ Margines przedni
- \* \_\_\_\_\_ Naciekanie ogniskowe

- \*  Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \*  Rozległe naciekanie
  
- \*  Margines tylny
- \*  Naciekanie ogniskowe
- \*  Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \*  Rozległe naciekanie
  
- \*  Margines przyśrodkowy
- \*  Naciekanie ogniskowe
- \*  Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \*  Rozległe naciekanie
  
- \*  Margines boczny
- \*  Naciekanie ogniskowe
- \*  Naciekanie minimalne/umiarkowane
- \*  Rozległe naciekanie

### **Wpływ leczenia: odpowiedź na leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe)**

W zakresie piersi

- \*  Nie było potwierdzonego leczenia przedoperacyjnego.
- \*  Nie ma wyraźnej odpowiedzi na leczenie przedoperacyjne w zakresie raka inwazyjnego
- \*  Prawdopodobna lub zdecydowana odpowiedź na leczenie przedoperacyjne w zakresie raka inwazyjnego
- \*  Nie stwierdza się raka inwazyjnego w sutku po leczeniu przedoperacyjne.

W zakresie węzłów chłonnych

- \*  Nie było potwierdzonego leczenia przedoperacyjnego.
- \*  Nie usuwano węzłów chłonnych.
- \*  Nie ma wyraźnej odpowiedzi na leczenie przedoperacyjne w zakresie raka przerzutowego.
- \*  Prawdopodobna lub zdecydowana odpowiedź na leczenie przedoperacyjne w zakresie raka przerzutowego.
- \*  Bez przerzutów w węzłach chłonnych. Włóknienie bliznowate, prawdopodobnie związane z uprzednią obecnością przerzutów w węzłach chłonnych z pełną odpowiedzią histopatologiczną.
- \*  W węzłach chłonnych nie ma przerzutów, ani wyraźnego włóknienia bliznowatego.

Zatory w naczyniach chłonnych

- \*  Nie stwierdzono
- \*  Obecne
- \*  Nie określono.

Naciekanie naczyń chłonnych skóry

- \*  Nie ma skóry w preparacie
- \*  Nie znaleziono.
- \*  Obecne
- \*  Nie określono.

### **Węzły chłonne (wypełnić tylko wówczas, gdy węzły chłonne są obecne w preparacie)**

Liczba zbadanych węzłów wartowniczych: \_\_\_\_\_

Łączna liczba zbadanych węzłów chłonnych (wartowniczych i innych): \_\_\_\_\_

Liczba węzłów chłonnych z makroprzerzutami (>0,2 cm): \_\_\_\_\_

Liczba węzłów chłonnych z mikroprzerzutami (<0,2 cm do 0,2 cm i(lub) >200 komórek): \_\_\_\_\_

Liczba węzłów chłonnych z pojedynczymi (izolowanymi) komórkami raka ( $\leq 0,2$  mm i  $\leq 200$  komórek):

\_\_\_\_\_  
Rozmiar największego przerzutu (jeśli obecny): \_\_\_\_\_

*Uwaga: Węzeł wartowniczy jest z reguły pierwszym zajęтым węzłem. W bardzo rzadkiej sytuacji, kiedy węzeł wartowniczy nie jest zajęty przez przerzut raka, a inny węzeł niewartowniczy zawiera przerzut, informację tę należy umieścić w uwadze.*

Pozawęzłowe szerzenie się raka

- \* \_\_\_\_\_ Obecne
- \* \_\_\_\_\_ Nie stwierdzono
- \* \_\_\_\_\_ Nie określono.

Metoda oceny węzłów chłonnych wartowniczych (wybrać wszystkie odpowiednie opcje)

- \* \_\_\_\_\_ Barwienie hematoksyliną i eozyną (H&E), węzły jednego piętra (dołu pachowego)
- \* \_\_\_\_\_ Barwienie H&E, węzły z wielu pięter
- \* \_\_\_\_\_ Barwienie immunohistochemiczne (IHC)
- \* \_\_\_\_\_ Nie wykonano biopsji węzła wartowniczego
- \* \_\_\_\_\_ Inne (opisać): \_\_\_\_\_

IHC (w tym ITC – izolowane komórki raka)

\_\_\_\_\_ pN0 (mol-): Nie stwierdza się przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych histologicznie, ani w badaniu molekularnym (reakcja odwrotnej transkryptazy z następową łańcuchową reakcją polimerazy [RT-PCR]).

\_\_\_\_\_ pN0 (mol+): wyniki badań molekularnych (RT-PCR) są dodatnie, ale nie wykrywa się przerzutów w węzłach chłonnych histologicznie ani immunohistochemicznie.

\_\_\_\_\_ pN1mi: Mikroprzerzuty (większe niż 0,2 mm i(lub) ponad 200 komórek, ale żadne z ognisk nie jest większe od 2,0 mm).

#### **Dodatkowe dane z badania histopatologicznego**

Wyszczególnić: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Badania pomocnicze**

Obecność receptorów estrogenowych (wyniki immunohistochemiczne badania raka inwazyjnego przeprowadzone na tym preparacie lub preparacie uzyskanym z uprzedniej biopsji gruboigłowej lub biopsji wycinającej)

- \_\_\_\_\_ Przeprowadzone na tym preparacie
- \_\_\_\_\_ Przeprowadzone na innym preparacie

\* Określić preparat (numer dostępu): \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Oczekuje się
- \_\_\_\_\_ Nie wykonano

\_\_\_\_\_ Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym)

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wyniki:

\_\_\_\_\_ Obecne immunoreaktywne komórki guza ( $\geq 1\%$ )

- Ocena ilościowa: \_\_\_\_\_  $>10\%$ -25% (1 punkt)  
\_\_\_\_\_ 26%-50% (2 punkty)  
\_\_\_\_\_ 51-75% (3 punkty)  
\_\_\_\_\_ 76%-100% (4 punkty)

\_\_\_\_\_ Preparat (materiał) kontrolny

Liczba stwierdzanych komórek immunoreaktywnych jest mniejsza od 1%.

Nie stwierdza się immunoreaktywnych komórek nowotworu.

Wyniki są nieznane.

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

Sprzedawca przeciwciała i klon: \_\_\_\_\_

Rodzaj utrwalenia preparatu (jeśli inne niż w obojętnej buforowanej formalinie): \_\_\_\_\_

Receptory progesteronowe (wyniki immunohistochemiczne badania raka inwazyjnego przeprowadzone na tym preparacie lub preparacie uzyskanym z uprzedniej biopsji gruboigłowej lub biopsji wycinającej)

Przeprowadzone na tym preparacie

Przeprowadzone na innym preparacie

\* Określić preparat (numer dostępu): \_\_\_\_\_

Oczekuje się

Nie wykonano

Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym).

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

**Wyniki:**

Obecne immunoreaktywne komórki guza ( $\geq 1\%$ )

Ocena ilościowa:  >10%-25% (1 punkt)

26%-50% (2 punkty)

51-75% (3 punkty)

76%-100% (4 punkty)

Preparat (materiał) kontrolny

Liczba stwierdzanych komórek immunoreaktywnych jest mniejsza od 1%.

Nie stwierdza się immunoreaktywnych komórek nowotworu.

Wyniki są nieznane.

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

Sprzedawca przeciwciała i klon: \_\_\_\_\_

HER2/neu (wyniki badania raka inwazyjnego przeprowadzone na tym preparacie lub preparacie uzyskanym z uprzedniej biopsji gruboigłowej lub biopsji wycinającej)

Badanie aktywności immunoperoksydazy

Przeprowadzone na tym preparacie

Przeprowadzone na innym preparacie

\* Określić preparat (numer dostępu): \_\_\_\_\_

Oczekuje się

Nie wykonano

Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym).

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

**Wyniki:**



Ujemny (0 punktów)  
 Ujemny (1+)  
 Wątpliwy (2+)  
 Dodatni (3+)  
 Wycinek (materiał) kontrolny  
Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

Wyniki nieznane

Sprzedawca przeciwciała i klon: \_\_\_\_\_

HER2/neu oznaczany za pomocą hybrydyzacji fluorescencyjnej in situ (FISH)

Przeprowadzone na bieżącym preparacie  
 Przeprowadzone na innym preparacie

\* Określić preparat (numer dostępu): \_\_\_\_\_

Oczekuje się  
 Nie wykonano  
 Nie stwierdza się resztkowego raka inwazyjnego po leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym).

Inne (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

**Wyniki:**

Bez amplifikacji (kopie genowe HER2 < 4,0 lub współczynnik <1,8)  
 Wątpliwy (kopie genowe HER2 4,0 do 6,0 lub współczynnik 1,8 do 2,2)  
 Amplifikacja (kopie genowe HER2 >6,0 lub współczynnik >2,2)

\* Średnia liczba kopii genowych HER2 na komórkę: \_\_\_\_\_

\* Średnia liczba chromosomów 17. na komórkę: \_\_\_\_\_

\* Współczynnik: \_\_\_\_\_

Preparat (materiał) kontrolny  
 Wyniki nieznane  
 Inne (wyszczególnić)

\*Nazwa testu diagnostycznego: \_\_\_\_\_

Inne badania pomocnicze (wyniki badania raka inwazyjnego w bieżącym preparacie lub uprzedniej biopsji gruboigłowej lub biopsji wycinającej)

\*  Przeprowadzone na tym preparacie

\*  Przeprowadzone na innym preparacie

\* Określić preparat (numer dostępu): \_\_\_\_\_

\*Nazwa testu diagnostycznego: \_\_\_\_\_

\* Wyniki: \_\_\_\_\_

Mikrozwapnienia (wybrać wszystkie odpowiednie opcje)

\*  Nie znaleziono

\*  Obecne w DCIS

\*  Obecne w obrębie raka inwazyjnego

\*  Obecne w tkankach nienowotworowych

\*  Obecne zarówno w obrębie raka inwazyjnego, jak i tkanek nienowotworowych

**Komentarz (dodatkowe wyniki histologiczne):  
Dodatek (tabele)**

Stopnie złośliwości histologicznej według morfologii jąder komórkowych w DCIS

Stopień złośliwości histologicznej według wyglądu jąder komórkowych w DCIS określa się na podstawie 6 cech morfologicznych (tabela 1).13

Tabela 1: Stopień złośliwości histologicznej DCIS na podstawie wyglądu jąder komórkowych

Cecha	Stopień I (niski)	Stopień II (pośredni)	Stopień III (wysoki)
Pleomorfizm (wielokształtność)	Jądra jednokształtne (monomorficzne)	Pośredni	Nasilony pleomorfizm
Wielkość	1,5 do 2 razy większe od prawidłowej krwinki czerwonej lub jądra komórki nabłonkowej prawidłowego przewodu	Pośredni	>2,5 x większe prawidłowej krwinki czerwonej lub jądra komórki nabłonkowej prawidłowego przewodu
Chromatyna	Zwykle jednorodna, równomiernie rozproszona	Umiarkowana niejednorodność	Zwykle pęcherzykowata, rozłożona nierównomiernie
Jąderka	Z rzadka obecne	Obraz pośredni	Wyraźne, często liczne
Mitozy	Z rzadka widoczne	Obraz pośredni	Bywają liczne
Orientacja (kierunek długiej osi)	Polaryzacja do światła przewodu (oś długa prostopadła do światła przewodu)	Obraz pośredni	Bez polaryzacji

**Martwica**

Obecność martwicy koreluje ze zwapnieniami (mikrokalcyfikacjami) w mammografii (tj. większość obszarów martwicy ulega zwapnieniu). Rak przewodowy in situ, dający obraz zwapnień w obrazie mammograficznym często nawraca w postaci zwapnień.

Martwicę można podzielić następująco:

- Martwica centralna (typ „comedo”, czopiasty): środkowa część zmienionej patologicznie przestrzeni przewodowej zamienia się w obszar zawierający martwicze masy komórkowe w przewodach (dirty necrosis), łatwo wykrywalne pod małym powiększeniem. Zwykle obecne są cienie komórek i debris rozpadłych jąder. Chociaż martwica centralna z reguły wiąże się z wysokim stopniem złośliwości w obrazie jąder komórkowych (tj. „comedo DCIS”) może też występować w DCIS o pośrednim lub niskim stopniu złośliwości, ocenianym na podstawie wyglądu jąder.
- Ogniskowa: małe ogniska, niewyraźne przy małym powiększeniu, albo martwica pojedynczych komórek.

Martwicę należy odróżnić od wydzieliny, której obecność też może wiązać się ze zwapnieniami, ale różni się od debris jąder komórkowych.

Pomiar wielkości pola widzenia pod dużym powiększeniem (HPF) za pomocą linijki

Do pomiaru średnicy pola widzenia pod małym powiększeniem należy używać czystej linijki z wyraźną podziałką. Liczba ta może być wykorzystana do obliczenia stałej według poniższego równania:

- Powiększenie okularu x powiększenie obiektywu x średnica pola widzenia pod mikroskopem = stała

Jeżeli znamy wartość stałej można obliczyć średnicę HPF do innych celów wykorzystując poniższy wzór:

Nieznana średnica pola widzenia = stała (powiększenie okularu x powiększenie obiektywu)

Połowa średnicy pola widzenia to promień pola widzenia (r); wartości r można użyć do obliczenia pola powierzchni HPF:

$3,1415 \times r^2 =$  powierzchnia pola widzenia.

Jeśli nieznana jest średnica pola widzenia lub jeżeli nieznane jest pole powierzchni pola widzenia, można posłużyć się tabelą 2 do określenia liczby mitoz, odpowiadającej poszczególnym punktacjom.

Tabela 2. Punktacja w zależności od średnicy pola widzenia i liczby mitoz

<b>Punktacja w zależności od liczby mitoz</b>				
Średnica pola (mm)	Pole (mm <sup>2</sup> )	Liczba mitoz na 10 pól widzenia odpowiada punktacji:		
		1 punkt	2 punkty	3 punkty
0,40	0,125	≤4	5 do 9	≥10
0,41	0,132	≤4	5 do 9	≥10
0,42	0,139	≤5	6 do 10	≥11
0,43	0,145	≤5	6 do 10	≥11
0,44	0,152	≤5	6 do 11	≥12
0,45	0,159	≤5	6 do 11	≥12
0,46	0,166	≤6	7 do 12	≥13
0,47	0,173	≤6	7 do 12	≥13
0,48	0,181	≤6	7 do 13	≥14
0,49	0,189	≤6	7 do 13	≥14
0,50	0,196	≤7	8 do 14	≥15
0,51	0,204	≤7	8 do 14	≥15
0,52	0,212	≤7	8 do 15	≥16
0,53	0,221	≤8	9 do 16	≥17
0,54	0,229	≤8	9 do 16	≥17
0,55	0,238	≤8	9 do 17	≥18
0,56	0,246	≤8	9 do 17	≥18
0,57	0,255	≤9	10 do 18	≥19
0,58	0,264	≤9	10 do 19	≥20
0,59	0,273	≤9	10 do 19	≥20
<b>Punktacja w zależności od liczby mitoz</b>				
Średnica pola (mm)	Pole (mm <sup>2</sup> )	Liczba mitoz na 10 pól widzenia odpowiada punktacji:		
		1 punkt	2 punkty	3 punkty
0,60	0,283	≤10	11 do 20	≥21
0,61	0,292	≤10	11 do 20	≥22
0,62	0,302	≤11	12 do 22	≥23
0,63	0,312	≤11	12 do 22	≥23
0,64	0,322	≤11	12 do 23	≥24
0,65	0,332	≤12	13 do 24	≥25
0,66	0,342	≤12	13 do 24	≥25
0,67	0,353	≤12	13 do 25	≥26
0,68	0,363	≤13	14 do 26	≥27
0,69	0,374	≤13	14 do 27	≥28

Według: *Pathology reporting of Breast Disease*<sup>16</sup>. Copyright 2005 National Health Service Cancer Screening Programme and The Royal College of Pathologists. Zmodyfikowano za zgodą obejmującą niniejsze zastosowanie.

Okres zaawansowania anatomicznego/grupy prognostyczne			
Okres 0	Tis	N0	M0
Okres IA	T1#	N0	M0
Okres IB	T0	N1mi	M0
	T1#	N1mi	M0
Okres IIA	T0	N1##	M0
	T1#	N1##	M0
	T2	N0	M0
Okres IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Okres IIIA	T0	N2	M0
	T1#	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Okres IIIB	T3	N2	M0
	T4	N0,N1,N2	M0
Okres IIIC	jakikolwiek T N3		M0
Okres IV	jakikolwiek T jakikolwiek N		M1

# T1 obejmuje T1mic.

## Nie obejmuje N1mi.

## Leczenie operacyjne

### Chirurdzy

Jako członkowie zespołu wielodyscyplinarnego chirurdzy odgrywają rolę zarówno w postępowaniu diagnostycznym, jak i leczeniu raka piersi.

Chirurdzy muszą być specjalnie wyszkoleni w dziedzinie raka piersi i mieć odbyte kursy w zakresie komunikacji (społecznej) i poradnictwa.

Rozpoznanie raka piersi należy oznajmiać choremu chorej w bezpośredniej rozmowie (nigdy przez telefon ani listownie), najdalej w ciągu 5 dni od wykonania biopsji. Zespół zawsze powinien odwiedzić chorą i ją zbadać przed zabiegiem operacyjnym.

Większości kobiet nie należy operować w celu ustalenia rozpoznania; zastosowanie niechirurgicznych technik diagnostycznych powinno być pomocne w ograniczeniu liczby operacji u kobiet, które w istocie nie mają raka. W ponad 90% przypadków rozpoznanie histologiczne powinno być znane przed operacją, tj. liczba biopsji chirurgicznych nie powinna sięgać 10%.

W przypadku zmian niemacalnych, w trakcie operacji należy wykonać radiogram wycinka, a zabieg oszczędzający powinien być leczeniem z wyboru w większości przypadków raka małych rozmiarów i dotyczyć 70-80% ogółu chorych.

Chirurg powinien proponować mastektomię kobietom, które preferują ten zabieg oraz tym, które nie są dobrymi kandydatkami do operacji oszczędzającej z uwagi na wielkość guza lub wysokie ryzyko nawrotu. Powinien zaoferować takim kobietom wybór rekonstrukcji piersi w trakcie zabiegu lub po nim.

Kobietom z większym guzem należy zaproponować chemioterapię przedoperacyjną (leczenie neoadjuwantowe).

Chirurg powinien pozostawić wolne marginesy wokół usuwanej tkanki guza, a patolog powinien udokumentować te marginesy u wszystkich chorych.

Wszyscy chirurdzy wykonujący procedurę węzła wartowniczego powinni być specjalnie przeszkoleni w tej dziedzinie i poddawani ocenie.

Odsetek niewykrywalności węzła wartowniczego musi być mniejszy od 5%.

Preparaty chirurgiczne pobrane podczas limfadenektomii pachowej muszą zawierać co najmniej 10 węzłów w 90% przypadków.

Wszystkie kobiety leczone z powodu raka piersi powinny być badane przez chirurga przynajmniej co rok w ramach obserwacji przedłużonej.

#### Leczenie chirurgiczne zmian wykrytych w mammografii

- a. Chirurdzy powinni być w pełni zaangażowani w ocenę raków wykrytych w badaniu przesiewowym. Pomiędzy pierwszą wizytą (na wezwanie) a oceną wskazań do operacji nie może minąć więcej niż tydzień.
- b. W 90% przypadków zdecydowanego rozpoznania nowotworu złośliwego kobiety należy poddać tylko jednej operacji w celu usunięcia guza. Chirurg musi upewnić się, że kobieta zna wszystkie dotyczące jej opcje terapeutyczne.
- c. W 90% przypadków kobiety nie powinny czekać na operację więcej, niż dwa tygodnie.
- d. Każdy ośrodek prowadzący badania przesiewowe musi wyznaczyć chirurga odpowiedzialnego za odnotowywanie kontrolnych informacji na temat skriningu, leczenia i jego wyników, aby stworzyć raporty dotyczące tych zagadnień i ich zestawienie roczne.

#### Leczenie lokoregionalne inwazyjnego raka piersi

- a. Każdą kobietę z inwazyjnym rakiem piersi, uznaną za odpowiednią kandydatkę do zabiegu oszczędzającego, należy poinformować o tym sposobie leczenia.
- b. Kobiety poddawane mastektomii lub zabiegowi oszczędzającemu powinny być konsultowane przez radioterapeutę.
- c. Chirurg lub chirurg plastyczny dokonujący rekonstrukcji powinien powiadomić kobiety poddawane mastektomii o możliwości rekonstrukcji piersi.
- d. Ponad 80% chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi powinno otrzymać leczenie skojarzone: chemioterapię przedoperacyjną (neoadjuwantową), leczenie chirurgiczne i radioterapię.
- e. Ze wszystkimi kobietami, po całkowitym usunięciu DCIS, należy omówić uzupełniające leczenie promieniami.

#### Minimalne wymogi w Ośrodku Senologicznym

Chirurg w Ośrodku Senologicznym musi operować przynajmniej 50 nowych przypadków raka piersi rocznie i przyjmować co najmniej jeden raz w tygodniu w poradni diagnostycznej.

## AKREDYTACJA

1. Komisja Akredytacyjna. Komisja Akredytacyjna składa się z trzech członków SIS, wyznaczonych przez Dyrektora SIS/ISS (Senologic International Society/International Senology School), z których jeden spełnia funkcję Koordynatora, a drugi Sekretarza.

### 2. PROCES AKREDYTACYJNY

Osoba działająca w imieniu Ośrodka Senologicznego ubiegającego się o akredytację podejmuje następujące kroki:

- a. Dokładnie zapoznaje się ze standardami jakości wymaganymi przez Program Akredytacji Ośrodków Senologicznych;
- b. Wypełnia formularz wniosku o akredytację;
- c. Komitet Akredytacyjny ma 40 dni na zapoznanie się z całą dokumentacją przedstawioną przez Ośrodek wnioskujący o akredytację.

W planie wizyty (akredytacyjnej) należy umieścić:

- Datę
- Program wizyty
- Dokumenty, które ma przedstawić ośrodek ubiegający się o akredytację.

Koszty podróży członków Komisji Akredytacyjnej ponosi Ośrodek wnioskujący o akredytację.

Plan wizyty w Ośrodku wnioskującym o akredytację zostanie przygotowany przez dwóch z trzech członków Komisji Akredytacyjnej według poniższego protokołu:

- Skontaktowanie się z Kierownikiem/Koordynatorem Ośrodka.
- Weryfikacja informacji dostarczonych przez Ośrodek we wniosku akredytacyjnym.
- Spotkanie członków Komisji Akredytacyjnej z Kierownikiem/Koordynatorem Ośrodka oraz ze specjalistami odpowiedzialnymi za standardy procesu diagnostycznego i leczniczego oraz za wskaźniki jakości. Na spotkaniu musi być obecny co najmniej jeden przedstawiciel z każdej specjalności (radiologia, patomorfologia, chirurgia, onkologia kliniczna, radioterapia, chirurgia plastyczna, psychoonkologia, pielęgniarstwo onkologiczne i case manager). Korzystna też byłaby obecność przedstawiciela grup wsparcia chorych.

*Czas: 1-2 godzin*

- Uczestniczenie w posiedzeniu wielodyscyplinarnego zespołu senologicznego, na którym omawia się przypadki kliniczne.

*Czas: 1 godzina*

- Przegląd przypadków klinicznych: 5 na podstawie dokumentacji medycznej i 5 przypadków chorych oczekujących na poradę w dniu wizyty akredytacyjnej.

*Czas: 1 godzina*

### DOKUMENTACJA PODLEGAJĄCA OCENIE:

- Wyniki badań radiologicznych (i USG)
- Wyniki badań patomorfologicznych
- Historia choroby (dokumentacja postępowania lekarskiego i pielęgniarstwa)
- Formularze świadomej zgody chorych
- Informacje dotyczące badań klinicznych

- Próbkę dokumentów pisanych, przedstawianych chorem: Informacyjne/Edukacja Zdrowotna oraz związane z rozpoznaniem i leczeniem raka piersi
- Wizytacja całego zaplecza Ośrodka

*Czas: 1 godzina*

- Spotkanie członków Komisji Akredytacyjnej

*Czas: 30 minut*

Spotkanie podsumowujące ze wszystkimi członkami Ośrodka Senologicznego, podczas którego członkowie Komisji Akredytacyjnej omawiają jego mocne i słabe strony oraz sugerują sposoby korekty wszelkich niedociągnięć.

- Podziękowania i pożegnanie z Koordynatorem i Dyrektorem Szpitala oraz przekazanie im informacji o wyniku wizyty.

Komisja Akredytacyjna ma 30 dni na przygotowanie raportu na temat statusu akredytacji Ośrodka wnioskującego o akredytację, która zostanie do niego przesłana za pośrednictwem internetu/poczty elektronicznej wraz z ewentualnymi sugestiami, co należy poprawić. W wypadku, gdy Ośrodek spełnia wszystkie wymogi, również zostanie on powiadomiony przez internet/poczta elektroniczną. Korzystną opinię Komisji Akredytacyjnej koniecznie należy przesłać Przewodniczącemu SIS, aby można było wystawić Certyfikat akredytacji.

### **3. CERTYFIKACJA AKREDYTACJI**

#### **Poziomy Akredytacji:**

##### **3.1 AKREDYTACJA:**

Gdy Ośrodek Senologiczny wnioskujący o akredytację spełni wszystkie wymogi, Komisja Akredytacyjna wydaje pozytywną opinię. Następnie SIS udziela CERTYFIKACJI AKREDYTACJI OŚRODKA. Akredytacja będzie ważna przez okres 5 lat i odnawialna co 5 lat pod warunkiem, że Ośrodek spełni wszystkie warunki wymienione w punkcie 3.1.1.

##### **3.2 AKREDYTACJA W TRAKCIE PRZYZNAWANIA:**

Z tym poziomem mamy do czynienia wówczas, gdy oceniany Ośrodek spełnia 90% wymaganych standardów jakości. W takim wypadku Ośrodek musi osiągnąć wszystkie wymagane standardy jakości w okresie co najwyżej 12 miesięcy.

##### **3.2. AKREDYTACJI NIE PRZYZNAANO:**

Oceniany ośrodek nie spełnił wymogu uzyskania 90% standardów jakości. Komisja Akredytacyjna wydaje raport określający dziedziny, które należy poprawić i sugeruje potencjalne sposoby uzyskania takiej poprawy, stwarzając sposobność ponownej oceny. SIS/ISS oferuje swoje wsparcie i współpracę na drodze uzyskania tego celu (poprawy we wskazanych obszarach aktywności).

##### **3.1.1. ZOBOWIĄZANIA AKREDYTOWANEGO OŚRODKA SENOLOGICZNEGO :**

Akredytowany Ośrodek Senologiczny jest zobowiązany do corocznego przesyłania raportu do Koordynatora Komisji Akredytacyjnej, obejmującego:

- a. Roczne zestawienie działalności w dziedzinie senologii,
- b. Wyniki Wskaźników Jakości w tymże okresie,
- c. Uczestnictwo członków/pracowników Ośrodka Senologicznego w kursach szkoleniowych poświęconych chorobom piersi,
- d. Działalność naukową i szkoleniową podejmowaną przez personel Ośrodka,
- e. Wszelkie zmiany w protokołach diagnostycznych i leczniczych,





## Załącznik 2

Formularz do wypełnienia przez Ośrodek ubiegający się o akredytację:

**1. Kierownik / Koordynator Ośrodka Senologicznego:**

Imię i nazwisko: .....

Specjalność: .....

Nr tel. komórkowego: .....

Członkostwo w SIS: .....

**2. Szpital, do którego należy Ośrodek Senologiczny jest placówką:**

Publiczną:                   TAK                   NIE

Prywatną:                   TAK                   NIE

**3. Ośrodek Senologiczny wykorzystuje usługi świadczone przez inne szpitale:**

TAK                   NIE

Wyszczególnić: .....

**4. Liczba łóżek szpitalnych senologicznych: .....**

**5. Ośrodek Senologiczny jest zarządzany samodzielnie:**

TAK                   NIE

Podlega zarządzaniu przez: .....

Podlega zarządzaniu przez Dyrektora Szpitala/Przychodni: .....

**6. Ośrodek Senologiczny posiada swój wydzielony obszar i jest wygodnie oznakowany w ramach systemu oznakowania Szpitala:**

TAK                   Powierzchnia: ..... m<sup>2</sup>

NIE

**7. Jeżeli NIE, opisać lokalizację: .....**

**8. Ośrodek Senologiczny zatrudnia personel na pełnym etacie:**

TAK

Wyszczególnić:

- Specjalności

- Tytuły specjalistów

- Członkowie SIS

- Szkolenie specjalistyczne w zakresie Senologii (tytuł magistra lub lekarza)

NIE

Zatrudnienie na niepełnym etacie pracownika wykonującego także następujące świadczenia:

.....

Liczba członków personelu przypisanego wyłącznie do Ośrodka Senologicznego: .....

**9. Liczba pielęgniarek zatrudnionych z Ośrodka Senologicznym: .....**

Liczba personelu pomocniczego: .....

**10. Ośrodek Senologiczny ma własny personel administracyjny:**

TAK

Zatrudniony na pełnym etacie: .....

Zatrudniony na niepełnym etacie: .....

NIE

**11. W Ośrodku prowadzi się przesiewowy program populacyjny**

TAK                      NIE

Ośrodek Senologiczny jest ośrodkiem referencyjnym tego programu

TAK                      NIE

Ośrodek Senologiczny uczestniczy w zarządzaniu programem

TAK                      NIE

**12. Godziny przyjęć (otwarcia) Przychodni obejmującej wyłącznie pacjentów z chorobami piersi:**

Poniedziałek :                      Godziny przyjęć: .....

Wtorek:                                      Godziny przyjęć: .....

Środa:                                      Godziny przyjęć: .....

Czwartek:                                      Godziny przyjęć: .....

Piątek:                                      Godziny przyjęć: .....

**13. Ośrodek Senologiczny świadczy usługi TYLKO dla chorych z rakiem piersi**

TAK                      NIE

Przyjmuje chorych z łagodnymi chorobami piersi

TAK                      NIE

**14. Łączna liczba chorych z łagodnymi zmianami piersi przyjętych w zeszłym roku: .....**

**15. Przyjęcia chorych ambulatoryjnych w zeszłym roku: .....**

Liczba pierwszych wizyt, z histopatologicznym rozpoznaniem zmiany łagodnej: .....

Liczba pierwszych wizyt, z histopatologicznym rozpoznaniem zmiany złośliwej: .....

Liczba drugich wizyt, z histopatologicznym rozpoznaniem zmiany łagodnej: .....

Liczba drugich wizyt, z histopatologicznym rozpoznaniem zmiany złośliwej: .....

**16. Plan pracy bloku operacyjnego przeznaczony wyłącznie do operacji piersi:**

Poniedziałek: .....

Wtorek .....

Środa: .....

Czwartek: .....

Piątek: .....

## **Działalność w ciągu ostatnich 3 lat**

### **1. Statystyka chirurgiczna**

- a. Liczba zabiegów:
- Zmiany łagodne: .....
  - Rak piersi: .....
  - Operacje oszczędzające: .....
  - Mastektomie: .....
  - Operacje rekonstrukcyjne:
    - Natychmiastowe: .....
    - Odroczone: .....
  - Chirurgia onkoplastyczna: .....
  - Biopsje chirurgiczne: .....

### **2. Biopsje węzła wartowniczego:**

Liczba roczna: .....  
Średnia liczba zbadanych węzłów u jednej chorej: .....  
Średnia liczba biopsji węzłów sutkowych wewnętrznych: .....  
Nie wykonuje się: .....

Technika:

Izotopowa: .....  
ROLL/SNOLL: .....

Barwienie: Linfazyryna  
Błękit patentowy  
Błękit metylenowy

W leczeniu neoadjuwantowym: Biopsja przed leczeniem  
Biopsja po leczeniu

Przedoperacyjne badanie węzła wartowniczego:  
TAK NIE

Technika Imprint  
Zamrażanie  
Mieszana (łączona)  
Immunohistochemiczna  
Autoanalizer

### **3. Statystyka diagnostycznych badań obrazowych (radiologicznych i USG)**

Liczba: Mammografii: .....  
Badań USG sutków: .....  
Galaktografii: .....  
Biopsji celowanych: .....  
Diagnostycznych badań MR: .....  
Badań MR przed leczeniem: .....

### **4. Kazytyka (statystyka) nowych przypadków raka piersi, leczonych w ciągu ostatnich 3 lat (określić stopień zaawansowania klinicznego)**

0 .....  
I .....  
II A .....



12. **Aparatura do radioterapii:**  
 Model:..... Rok produkcji: .....
13. **Obserwacja przedłużona chorych z rakiem piersi:**
- jest objęta specjalnym protokołem
  - uczestniczy w niej personel:
    - chirurdzy
    - ginekologicy
    - onkologicy kliniczni
    - radioterapeuci
14. **Dostępność porad psychoonkologicznych:**  
 TAK                      NIE
15. **Poradnictwo genetyczne (dostępność):**  
 TAK                      NIE
16. **Leczenie mające na celu zachowanie płodności u młodych chorych z rakiem piersi (dostępność)**  
 TAK                      NIE
17. **Zaplecze (usługowo-diagnostyczne):**
- |                      |                           |                                     |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Medycyna Nuklearna   | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
| MRI                  | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
| Radioterapia         | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
| Chirurgia plastyczna | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
| Psychoonkologia      | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
| Rehabilitacja        | na miejscu<br>(w Ośrodku) | chorzy są kierowani<br>poza Ośrodek |
18. **Chorobowość psychologiczna chorych na raka oceniana jest za pomocą:**
- kwestionariusza QLQ C-30 (EORTC)
  - kwestionariusza B-23 (EORTC)
  - innego kwestionariusza: .....
19. **Satysfakcję pacjentów ocenia się badaniem ankietowym:**  
 TAK                      NIE
20. **Publikacje i doniesienia personelu Ośrodka na tematy związane z chorobami piersi:**
- Działalność naukowa i uczestnictwo w badaniach klinicznych;
  - Działalność edukacyjna;
  - Uczestnictwo w kursach szkoleniowych;

## **Posiedzenia wielodyscyplinarne**

### **1. Zespoły leczenia raka piersi z udziałem wszystkich specjalności:**

Liczba posiedzeń w tygodniu: .....

Łączna liczba godzin posiedzeń tygodniowo: .....

Średnia liczba omówionych przypadków: .....

Liczba posiedzeń w miesiącu: .....

Łączna liczba godzin posiedzeń miesięcznie: .....

Średnia liczba omówionych przypadków : .....

### **2. Zespoły diagnozujące raka piersi z udziałem wybranych specjalności (chirurdzy, radiolodzy, patomorfologów, itp.)**

Liczba posiedzeń w tygodniu: .....

Łączna liczba godzin posiedzeń tygodniowo: .....

Średnia liczba omówionych przypadków: .....

Liczba posiedzeń na 2 tygodnie: .....

Łączna liczba godzin posiedzeń na 2 tygodnie: .....

Średnia liczba omówionych przypadków: .....

## Załącznik 3

### WSKAŹNIKI JAKOŚCI POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

Poniższe zalecenia są celami, jakie musi osiągnąć Ośrodek w okresie średnioterminowym, a których Komisja Akredytacyjna SIS nie uznaje obecnie za niezbędne do udzielenia akredytacji. Zaleca się jednak, aby Ośrodek wprowadził poniższe rekomendacje do swojej bazy danych i wykorzystał je do kolejnych kontroli, które Komisja Akredytacyjna przeprowadzi we wszystkich jednostkach Ośrodka w okresie 3-5 lat po przyznaniu akredytacji.

- Rozpoznanie raka piersi należy oznajmiać choremu chorej w bezpośredniej rozmowie (nigdy przez telefon ani listownie), najdalej w ciągu 5 dni od wykonania biopsji.
  - W ponad 90% przypadków rozpoznanie histologiczne powinno być znane przed operacją, tj. liczba biopsji chirurgicznych wykonanych w celach rozpoznania raka piersi nie powinna sięgać 10% i uznaje się je za postępowanie wyjątkowe. Chore z rakiem piersi powinny mieć ustalone rozpoznanie przed przybyciem do sali operacyjnej.
  - Odsetek operacji oszczędzających powinien być większy od 65% w okresie zaawansowania klinicznego I i II. Operacje oszczędzające powinny być ukończone najwyżej w dwóch etapach.
  - Histologiczną ocenę marginesów należy przeprowadzić w 100% przypadków.
  - Odsetek niewykrywalności węzła wartowniczego musi być mniejszy od 5%.
- Preparaty chirurgiczne pobrane podczas limfadenektomii pachowej muszą zawierać minimum 10 węzłów w co najmniej 90% przypadków.
- Raki piersi należy klasyfikować statystycznie, wykorzystując w bazie danych klasyfikację UICC.
  - Przeżywalność całkowitą i okres bez objawów choroby należy odnotowywać po 5 i 10 latach obserwacji we wszystkich przypadkach raka piersi.
  - Częstość nawrotów miejscowych po operacjach oszczędzających powinien wynosić dla IDC (rak wewnątrzprzewodowy) po 5 latach < 5% i dla CIS (rak in situ) po 5 latach < 10%.
  - Częstość nawrotów miejscowych po mastektomii w ciągu 5 lat powinna być < 5%.
  - Częstość nawrotów w dole pachowym po limfadenektomii pachowej powinna być mniejsza od 5% przy N+ oraz < 3% przy N0 (według klasyfikacji TNM).
  - Częstość nawrotów w dole pachowym po LNB (biopsji węzłów chłonnych) powinna być < 3%.

Kontrola opóźnień:

- Pierwsza wizyta w przypadku podejrzenia raka powinna się odbyć w okresie < 5 dni roboczych (od zgłoszenia).
- Pierwsza wizyta w przypadku zmiany łagodnej powinna się odbyć w okresie < 10 dni.
- Wynik badania histopatologicznego biopsji powinien być dostępny w okresie < 5 dni.
- Wynik badania histopatologicznego po operacji powinien być dostępny w okresie < 10 dni.
- Rozpoczęcie leczenia chirurgicznego powinno nastąpić w okresie < 15 dni (od rozpoznania).

- W jakim odsetku wykonano rekonstrukcję piersi po mastektomii (prostej):

Rekonstrukcje natychmiastowe : .....

Rekonstrukcje odroczone: .....

- Ustalenie programu zachowania płodności u młodych kobiet.
- Poradnictwo genetyczne dla młodych chorych, jeśli ma zastosowanie.
- Ocena ankietowa satysfakcji chorych z opieki medycznej.
- Ustawiczne szkolenie personelu Ośrodka Senologicznego, w wymiarze co najmniej 10 godzin rocznie.