

\*JADWIGA SNARSKA<sup>1,2</sup>, DARIUSZ ZADROŻNY<sup>2,3</sup>, JAROSŁAW PARFIANOWICZ<sup>2</sup>, RADOSŁAW GRABYSA<sup>4</sup>, MACIEJ MICHALAK<sup>5</sup>, GRZEGORZ KADE<sup>2</sup>

## Szybka ścieżka onkologiczna (karta DiLO) w diagnostyce i leczeniu raka jelita grubego i odbytnicy – „Wczesne wykrycie to przywrócone życie”

Fast-track cancer pathway (DiLO Card) in the diagnosis and treatment of colorectal cancer: “Early detection saves lives”

<sup>1</sup>Department of Surgery, Collegium Medicum/School of Medicine, University of Warmia and Mazury in Olsztyn

<sup>2</sup>Independent Public Healthcare Centre of the Ministry of Internal Affairs and Administration with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn

<sup>3</sup>Department of Surgical Oncology, Collegium Medicum/School of Medicine, University of Warmia and Mazury in Olsztyn

<sup>4</sup>Department of Internal Medicine with Gastroenterology Unit, Independent Public Healthcare Centre of the Ministry of Internal Affairs and Administration with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn

<sup>5</sup>Department of Diagnostic Imaging, Independent Public Healthcare Centre of the Ministry of Internal Affairs and Administration with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn

### Streszczenie

Nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego, w tym szczególnie jelita grubego, pod względem zachorowalności i śmiertelności znajdują się na drugim miejscu wśród wszystkich zmian nowotworowych zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Dobry efekt leczenia gwarantuje wczesne wykrycie. W diagnostyce należy uwzględnić badania endoskopowe (kolonoskopia) z pobraniem materiału do badania mikroskopowego, a także badania obrazowe: usg jamy brzusznej i tomografię komputerową oraz markery biochemiczne. W zależności od stopnia zaawansowania raka jelita grubego stosuje się leczenie skojarzone: chirurgiczne, chemioimmunoterapię i radioterapię. W związku z tym wskazane jest nie tylko skoordynowane leczenie wielospecjalistyczne, ale i szybko zrealizowane procedury diagnostyczne. W związku z tym w 2015 roku została wprowadzona szybka ścieżka onkologiczna zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu, tj. karta DiLO. W jej realizacji ważną funkcję pełnią nie tylko wielospecjalistyczne zespoły lekarskie – tzw. Konsylia – podejmujące decyzje o kolejnych etapach diagnostyki, a szczególnie leczenia, ale także koordynatorzy, których rola w tym przypadku jest nie do przecenienia. Karta DiLO na każdym etapie diagnostyki i leczenia stanowi skierowanie do Poradni i Oddziałów Onkologicznych i Pracowni Diagnostycznych. Prawidłowo działające wielospecjalistyczne Konsylia i prowadzone skojarzone leczenie są podstawą do tworzenia Centrów Kompetencji Leczenia Raka Jelita Grubego.

### Słowa kluczowe

karta DiLO, szybka ścieżka onkologiczna, rak jelita grubego, Konsylia, koordynatorzy karty DiLO

## Summary

Gastrointestinal malignancies, colorectal cancer in particular, come second in terms of incidence and mortality among all male and female neoplasms. Early detection guarantees good treatment outcomes. Endoscopy (colonoscopy) with biopsy and imaging (abdominal ultrasound and computed tomography), as well as biochemical markers should be included in the diagnostic process. Depending on the stage of colorectal cancer, combined treatment including surgery, chemotherapy and radiation therapy, is used. Therefore, not only coordinated multidisciplinary treatment, but also prompt diagnosis is important. For this reason, a fast track to diagnose and treat cancer patients, known as the DILo card, was introduced in 2015. Both, medical case conferences, whose aim is to determine further diagnostic and, in particular, therapeutic steps, and coordinators, whose role in this case cannot be overestimated, play an important role in DILo implementation. The DILo card serves as a referral to outpatient cancer clinics and departments, as well as diagnostic laboratories. Properly functioning multidisciplinary medical case conferences and combined treatment approach are the basis for establishing Centres of Competence for the Treatment of Colorectal Cancer.

Według danych Najwyższej Izby Kontroli nowotwory złośliwe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, a przeżywalność pacjentów onkologicznych w dużej mierze uzależniona jest nie tylko od złośliwości, ale (a może nawet szczególnie) także od wczesnego wykrycia choroby. Liczba zachorowań kształtuje się na poziomie 159 tys. rocznie (ok. 96 tys. osób umiera), w Europie 3 mln (umiera 1 mln). Wysoki współczynnik umieralności jest związany z niską pięcioletnią przeżywalnością pacjentów onkologicznych w Polsce, gdyż sięga ona tylko nieco ponad 50% (1). Autorzy raportu przeanalizowali pod tym względem pięć nowotworów złośliwych: raka piersi, płuc, żołądka, odbytu i jelita grubego. Z przedstawionych danych wynika, że nowotwory jelita grubego i odbytnicy co roku wykrywane są u ok. 18 tys. Polaków, a codziennie 33 osoby umierają z tego powodu (Sylvia Stachura 1.10.2019). Rak jelita grubego i odbytnicy rozwija się bezobjawowo, niekiedy nawet przez 10 lat. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że choroba ta coraz częściej dotyczy ludzi młodych przed 50. rokiem życia. W sumie z chorobą nowotworową żyje już 1 mln naszych rodaków, wielu z nich przez wiele lat. „Liczba pacjentów onkologicznych stale będzie się u nas zwiększać, za 5 lat wzrośnie ona o 15%, a za 10 lat – o prawie 30%” – ostrzegł Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, prof. Wojciech Wysocki (2). W związku z powyższym opracowano pakiet onkologiczny (karta DILo), który obowiązuje od 1 stycznia 2015 roku, wprowadzony z myślą o przyspieszeniu i usprawnieniu diagnostyki i leczenia chorych z podejrzeniem choroby nowotworowej lub z chorobą nowotworową. Przez kilka miesięcy funkcjonowania był on na bieżąco monitorowany, aby określić obszary, które wymagają poprawy głównie ze względu na niedoskonałości programu komputerowego do prowadzenia karty DiLO (Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne; tzw. szybka szybka ścieżka onkologiczna), a także brak odpowiedniego przygotowania i koordynacji diagnostyki endoskopowej i obrazowej. Karta ta w początkowym okresie stanowiła aż 9 stron z instrukcją. Ustawą podpisaną 1 lipca 2017 roku przez Prezydenta Andrzeja Dudę została ona skrócona do 2 stron.

Kompleksowa ocena stopnia zaawansowania choroby nowotworowej jelita grubego i odbytnicy jest warunkiem podjęcia prawidłowej decyzji o sposobie leczenia onkologicznego.

## Keywords

DILo card, fast track for cancer patients, colorectal cancer, medical case conferences, DILo coordinators

According to the data of the Supreme Audit Office, malignant neoplasms are the second leading cause of death in Poland, and the survival of cancer patients depends not only on the degree of malignancy, but perhaps even more crucially on early detection of the disease. The number of cases is 159,000 a year (with 96,000 deaths) in Poland, and 3 million (with 1 million deaths) in Europe. The observed high mortality rate is associated with a low 5-year survival rate of cancer patients in Poland, which only slightly exceeds 50% (1). The authors of the report analysed a total of 5 types of malignant neoplasm: breast cancer, lung cancer, gastric cancer, rectal cancer, and colon cancer. The presented data show that colorectal cancer is diagnosed in about 18,000 Poles annually, with 33 patients dying from this cancer every day (Sylvia Stachura, October 1, 2019). Colorectal cancer develops asymptotically, for even up to 10 years in some cases. The fact that it is increasingly diagnosed in young individuals under 50 years of age is disturbing. Overall, the number of Poles living with cancer, often for many years, has already reached 1 million. “The number of cancer patients in Poland is in for a steady increase. In 5 years, it will rise by 15%, and in 10 years’ time – by close to 30%” – warned Professor Wojciech Wysocki, President of the Polish Society of Oncological Surgery (2). In view of the above, a legislation package colloquially referred to as “cancer package” was developed and came into force on 1 January 2015 (DILo Cards). The aim of the package was to accelerate and improve the diagnosis and treatment of patients with suspected or confirmed cancer. For several months after its entry into force, the package was monitored on an ongoing basis to identify areas requiring improvement mainly due to imperfections of the software dedicated to managing DiLO (Cancer Diagnosis and Treatment; fast-track cancer pathway) Cards, and the lack of adequate preparation and coordination of diagnostic endoscopy and imaging. In the initial period, the DiLO Card consisted of as many as 9 pages with instructions. However, on 1 July 2017, pursuant to an Act signed by Poland’s President Andrzej Duda, it was shortened to 2 pages.

Comprehensive staging of colorectal cancer is a prerequisite for appropriate selection of cancer treatment modality.

Ciężar przeprowadzenia wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej, szczególnie pogłębionej, spoczywa na lekarzu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Jego zadaniem jest zaplanowanie wszelkich badań wymaganych dla potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania nowotworu złośliwego jelita grubego i odbytnicy, a także ustalenie stopnia jego zaawansowania. Karta DiLO może być wydana już na podstawie badania klinicznego i wstępnych badań dodatkowych przez lekarza w Podstawowej Opiece Zdrowotnej z podejrzeniem choroby nowotworowej, w tym jelita grubego i odbytnicy, dotyczy to również realizacji programu badań profilaktycznych dla tego odcinka przewodu pokarmowego. W dalszym etapie postępowania chory może być skierowany do Szpitala na zabieg diagnostyczno-leczniczy na oddziale. W momencie stwierdzenia nowotworu karta DiLO może być wydana w Szpitalu lub zmiana świadczeniodawcy powoduje założenie jej w Szpitalu. Na udzielanie świadczeń w ramach karty DiLO obowiązują określone terminy, które są monitorowane przez koordynatora karty DiLO, jak również odrębne rozliczenie świadczeń tej grupy pacjentów z NFZ. Na rozpoczęcie pogłębionej diagnostyki pacjent ma 7 dni od wystawienia karty przez lekarza POZ. Jest to czas na organizację przejścia pacjenta z placówki ochrony zdrowia na poziomie POZ do drugiej, a mianowicie już do AOS. W przypadku podejrzenia raka jelita grubego lub odbytnicy w ramach diagnostyki pogłębionej należy przeprowadzić kolonoskopię z pobraniem materiału do badania histopatologicznego. Po potwierdzeniu mikroskopowym raka jelita grubego/odbytnicy należy jeszcze wykonać:

- TK jamy brzusznej i miednicy,
- MR miednicy dla raków odbytnicy (badanie preferowane),
- RTG klatki piersiowej w dwóch projekcjach lub TK klatki piersiowej (wybrać w zależności od sytuacji klinicznej),
- podstawowe badania laboratoryjne krwi (morfologia, próby nerkowe i wątrobowe, układ krzepnięcia),
- poziom CEA, CA 19.9, AFP w surowicy krwi.

Na podstawie badania klinicznego i badań dodatkowych należy określić stopień zaawansowania nowotworu (staging) według TNM. Tak przygotowanego chorego z rakiem jelita grubego/odbytnicy należy przedstawić na wielospecjalistycznym/wielodyscyplinarnym Konsylium. Okres diagnostyki pogłębionej w AOS to 2 tygodnie, a w przypadku rozpoczęcia od diagnostyki wstępnej w AOS – 4 tygodnie. W SP ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie w skład Konsylium do terapii jelita grubego/odbytnicy wchodzi specjaliści: chirurgii onkologicznej/chirurgii ogólnej, onkologii klinicznej/immuno-onkologii, radioterapii i radiologii obrazowej, lekarz – Pełnomocnik ds. dokumentacji medycznej, lekarz prowadzący, niekiedy jeszcze histopatolog i psychoonkolog. Konsylia odbywają się codziennie, w większości przypadków z udziałem chorego i jego rodziny lub opiekunów – obecność chorego jest zalecana, aby określić jego stan ogólny, z uwzględnieniem schorzeń współistniejących. Zespół lekarzy Konsylium jest wtedy w stanie przeprowadzić badanie kliniczne celem

The burden of carrying out the preliminary and extended diagnostic work-ups, (especially the latter) rests with outpatient specialist care (AOS) physicians. They are obliged to plan the tests and examinations required to confirm or rule out the diagnosis of colon/rectal cancer, and to perform cancer staging. DiLO Cards can already be issued on the basis of clinical evaluation and additional preliminary examinations by primary care (POZ) physicians in cases of suspected cancer (including colorectal cancer). The above also applies to the implementation of a programme of prophylactic medical examinations focused on this section of the gastrointestinal tract. In the next stage, the patient may be referred to hospital to undergo diagnostic and therapeutic procedures on an inpatient basis. When cancer diagnosis is given, the DiLO Card may be issued at the hospital, or after a change in healthcare provider it is established at the hospital. There are defined time frames for the provision of medical services under the DiLO Card, and compliance with time limits is monitored by the DiLO Card coordinator. Also, there is a separate system of financial settlements with the National Health Fund (NFZ) applicable to healthcare services provided to patients in this group. Patients with DiLO Cards issued by their POZ physicians have 7 days to initiate the extended diagnostic work-up. This period is necessary to organize the patient's transition from treatment at their primary healthcare facility to the AOS. If colon or rectal cancer is suspected, the extended diagnostic work-up should include colonoscopy with the collection of specimens for histopathological evaluation. After microscopic confirmation of colon/rectal cancer diagnosis, the following examinations should be done:

- CT examination of the abdominal cavity and pelvis,
- pelvic MRI for rectal cancer (preferred examination),
- chest X-ray in 2 planes or chest CT scan (to be selected depending on the clinical situation),
- basic laboratory blood tests (CBC, kidney and liver function tests, coagulation system),
- CEA, CA 19.9 and AFP levels in blood serum.

Based on the clinical evaluation and additional examinations, the TNM cancer stage should be determined. Following these preparations, the patient with colon/rectal cancer should be reviewed at a multi-specialist/multi-disciplinary case conference. The period allocated for the extended diagnostic work-up at the AOS level is 2 weeks, and if the diagnostic process is initiated in an AOS facility, it is 4 weeks. Medical case conferences conducted at the Independent Public Healthcare Centre of the Ministry of Internal Affairs and Administration with Warmia and Mazury Oncology Centre in Olsztyn involve specialists in surgical oncology/general surgery, clinical oncology/immunology, radiotherapy and radiological imaging, a physician in charge of medical records, an attending physician, and occasionally also a histopathologist and psycho-oncologist. Medical case conferences are held on a daily basis. As a rule, they are attended by the patient and their family or caretakers. It is advisable for cancer patients to attend the case conference, so that their general condition (including comorbidities) can be adequately assessed. The physicians taking part in the case conference are then able to perform a clinical evaluation

oceny sprawności chorego, uwzględnić spadek masy ciała i schorzenia współistniejące w wyborze najwłaściwszej ścieżki postępowania terapeutycznego, biorąc również pod uwagę preferencje chorego po zapoznaniu się z wszystkimi możliwymi opcjami leczenia. W przypadkach zaawansowanego procesu nowotworowego przy wyborze terapii zespół specjalistów Konsylium ocenia przewidywany czas przeżycia tego chorego. W większości przypadków chorzy na raka jelita grubego/odbytnicy preferują jako metodę leczenia chirurgię, ale należy także uwzględnić wstępną radioterapię czy immunochemioterapię. W karcie DiLO i w historii choroby powinien być wpis o przedstawieniu obu opcji leczenia lub plan leczenia zaakceptowany przez chorego. W raku odbytnicy w guzach o zaawansowaniu T3-T4 chirurg powinien ocenić, czy zmiana jest pierwotnie operacyjna, czy też nieoperacyjna, lecz istnieje szansa na radykalizację leczenia operacyjnego po wstępnej długiej chemioradioterapii (istotne z punktu widzenia kwalifikacji) do długiej lub krótkiej ścieżki radioterapii przedoperacyjnej. Chory wypisywany po operacji raka jelita grubego/odbytnicy powinien zawsze posiadać protokół pooperalny (z uwzględnieniem lokalizacji śródoperacyjnej guza: pod/nad załamkiem otrzewnej). W dalszym etapie chorzy operowani z powodu raka jelita grubego/odbytnicy po uzyskaniu protokołu badania histopatologicznego preparatu operacyjnego powinni być skierowani na rekonsylium celem uściślenia i spersonalizowania dalszego leczenia. Uzupełniane są niejednokrotnie wyniki badań histopatologicznych o markery, badania immunohistochemiczne – receptory, inne badania obrazowe, jak PET czy w niektórych przypadkach scyntygrafia kości, a także ustalenie miejsca monitoringu chorego. Uzasadnieniem takiego postępowania jest konieczność zwiększenia nacisku na wprowadzanie ukierunkowanej na chorego i spersonalizowanej terapii onkologicznej, w oparciu o globalne dowody naukowe, badania kliniczne i najlepsze praktyki, a także poprawa dostępu do innowacyjnych metod leczenia. Zdaniem prof. Francesco De Lorenzo, prezesa ECPC, walka z rakiem i jego zwalczanie powinny być priorytetem programu zdrowia publicznego na poziomie krajowym i europejskim. W przebiegu całego procesu diagnostyki i terapii w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej (karty DiLO) istotna jest rola koordynatora. Do jego zadań należą: koordynacja planu leczenia chorego ustalonego przez Konsylium, nadzór nad właściwie prowadzoną dokumentacją związaną z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta (kompletność i zachowanie terminów, potwierdzenie wykonanych świadczeń, zakończenie danego etapu diagnostyki/leczenia). To także udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym. Koordynatorzy to prawdziwi formalni opiekunowie towarzyszący pacjentowi aż do zakończenia leczenia. Liczba koordynatorów w szpitalu jest uzależniona od liczby realizowanych kart DiLO. Uchybienia i błędy, jakie są zgłaszane przez koordynatorów, to:

- zaznaczenie niewłaściwego etapu leczenia,
- niepełne wskazanie Poradni, do której jest kierowany pacjent,

to determine the patient's performance status, and take into account weight loss and comorbidities, in order to select the most appropriate therapeutic pathway, including the patient's preferences, after reviewing all possible treatment options. If the neoplastic process is advanced, specialists participating in the case conference should select the therapeutic modality based on the patient's expected survival. The patient's preferences regarding the choice of treatment in colon/rectal cancer include surgery (in most cases), but consideration should also be given to preoperative radiotherapy or immunochemotherapy. The DiLO card and the patient's medical history should be provided with an entry stating that both therapeutic options were presented or a treatment plan was approved by the patient. In cases of T3/T4 rectal cancer, the surgeon should assess whether the lesion is primarily operative or inoperable, but there is a possibility for more radical surgical resection after preoperative long-term chemo/radiotherapy (the aspect is important from the point of view of eligibility assessment) to long or short preoperative radiotherapy pathway. Patients discharged after colon/rectal cancer surgery should always receive a postoperative report (detailing the intraoperative tumour location: under or over the peritoneal reflection). In the next stage, patients operated on for colorectal cancer – after obtaining a report with histopathological findings for the surgically collected specimen – should be referred for another case conference, so that further personalised treatment can be established. The results of histopathological tests are often complemented by marker analysis, immunohistochemical tests – receptors, other imaging assessments (e.g. PET), or in some cases bone scintigraphy. Also, the facility where the patient is to be followed-up must be selected. The rationale for the procedure lies in the need to increase the focus on implementing patient-targeted and personalized cancer therapy based on global scientific evidence, clinical research and best practices, and to improve access to innovative cancer therapies. "Cancer treatment and eradication should be regarded as a priority of public health programmes both at the national and European levels" – said Professor Francesco De Lorenzo, President of the European Cancer Patient Coalition.

Throughout the diagnostic and therapeutic process in the fast-track cancer pathway (DiLO Card), an important role is played by the coordinator. The coordinator's tasks include coordination of the patient's treatment plan adopted at the medical case conference, supervision of record-keeping related to the diagnosis and treatment card (to ensure completeness and compliance with applicable deadlines, confirmation of medical services provided to the patient, completion of a given stage of the diagnostic/therapeutic procedure). In addition, coordinators are required to provide patients with necessary information relating to cancer treatment. Essentially, the coordinators act as formal caregivers accompanying the patient until the completion of treatment. The number of coordinators in hospitals depends on the number of issued DiLO Cards. Irregularities and errors reported by coordinators include:

- incorrect stage of treatment,
- incomplete designation of the outpatient clinic to which the patient is referred,

- zaznaczenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego, co pociąga za sobą przyjęcie pacjenta do Szpitala przy braku pełnej diagnostyki,
- brak dokumentacji potwierdzającej rozpoznanie nowotworu,
- odległy termin wykonanych badań, szczególnie obrazowych (tzn. powyżej 1 miesiąca),
- brak stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, niezakończony etap diagnostyki lub leczenia.
- marking of diagnostic/therapeutic procedure, which entails hospital admission in the absence of complete diagnostic work-up,
- lack of documentation confirming the diagnosis of cancer,
- distant date (i.e. over a month) set for additional examinations, especially imaging assessment,
- lack of cancer stage identification,
- incomplete stage of diagnostic or treatment.

Karta szybkiej diagnostyki i leczenia (DiLO) ma na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą sprawne poruszanie się w nowym systemie opieki medycznej. Pełni ona rolę skierowania, które umożliwia rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Wprowadzenie karty ma na celu usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Diagnostyka i leczenie onkologiczne są jasno określone, a pacjent ma zagwarantowaną kompleksową opiekę medyczną na każdym etapie choroby.

The aim of the DiLO Card is to assist patients with suspected or diagnosed cancer to navigate their medical journey through the new healthcare system. The DiLO Card serves as a patient referral allowing the initiation of fast-track cancer treatment. The purpose of the Card is to systematise the diagnosis and treatment for cancer patients. The diagnostic work-up and treatment of cancer patients are clearly defined, and the patient is provided with comprehensive medical care at every stage of the disease.

#### Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

#### Adres do korespondencji Correspondence

\*Jadwiga Snarska  
SP ZOZ MSWiA  
z Warmińsko-Mazurskim Centrum  
Onkologii  
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej CM  
UWM w Olsztynie  
ul. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn  
jadwiga.snarska@uwm.edu.pl

#### nadesłano/submitted:

9.07.2020

#### zaakceptowano do druku/accepted:

30.07.2020

#### Piśmiennictwo/References

1. Majewska M: Jaka jest zachorowalność i umieralność na nowotwory w Polsce? Puls Medycyny 2020; <https://pulsmedycyny.pl/jaka-jest-zachorowalnosc-i-umieralnosc-na-nowotwory-w-polsce-979333>.
2. Eksperti alarmują: za 10 lat nowotwory staną się w Polsce pierwszą przyczyną zgonów. Inf. internetowa z 4 października 2019; <https://www.pap.pl/aktualnosc/news%2C522206%2Ceksperti-nowotwory-stana-sie-w-polsce-pierwsza-przyczyna-zgonow.html>.
3. Wojtyniak B, Goryński P: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016; <https://www.sdgs.pl/wp-content/uploads/2017/06/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce-2016-s.pdf>.
4. Pakiet Onkologiczny/DiLO: pakietonkologiczny.gov.pl/karta. Materiały Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Portal SZOI, SP ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego z 5 grudnia 2014.