2 miana 64

Adresat: MINISTERSTWO ZDROWIA; Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów
Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej

Numer w KRN

MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

1. Nazwa i adres jednostki—pieczątka z numerem REGON

2. REGON (cz. I resort. kodu identyf.)

3. PESEL

4. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)

5. Płeć ☐mężczyzna ☐kobieta

6. Obywatelstwo ☐ polskie ☐ obcokrajowiec (Kraj pochodzenia)

7. Nazwisko

8. Imię

ADRES

9. Miejscowość 10. Kod pocztowy

11. Ulica, nr domu, nr mieszkania 12 Kod TERYT

13. Województwo 14. Powiat 15. Gmina

16. Ukończona szkoła ☐ bez wykształcenia ☐ podstawowa ☐ gimnazjum ☐ zasadnicza zawodowa ☐ średnia ☐ policealna ☐ wyższa

17. DATA ROZPOZNANIA (dzień - miesiąc - rok)

DATA PRZYJĘCIA

18. do ambulatorium (dzień - miesiąc - rok)

19. do szpitala (dzień - miesiąc - rok)

20. Data wypisu (dzień - miesiąc - rok)

21. DATA ZGONU (dzień - miesiąc - rok)

22. Miejsce zgonu
☐szpital
☐dom
☐inne

23. Przyczyna zgonu
☐nowotwór
☐inna

24. Kod przyczyny zgonu ICD-10
wyjściowa
wtórna
bezpośrednia

25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10

Opis i lokalizacja nowotworu: .....

28. Nowotwór ☐ pojedynczy ☐mnogi ☐przerzut

29. Miejsce przerzutu: .....

30. Data przerzutu (dzień - miesiąc - rok)

31. Strona ciała ☐ prawa ☐lewa ☐ obie strony

32. Kod zaawansowania TNM (7 rewizja)

☐ TIS T N M

33. Inne klasyfikacje zaawansowania .....
(np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)
Wynik

26. Rozpoznanie histopatologiczne 27. Kod histopat.

☐Nie pobrano materiału do badania
☐ Pobrano wycinek (badanie w toku)
☐ Wynik negatywny (nie potwierdzono nowotworu)
☐ Wynik pozytywny (potwierdzono nowotwór)
Data wyniku (dzień - miesiąc - rok)

Typ histologiczny: .....

34. Stopień zaawansowania
☐Stopień 0 (Tis)
☐Stopień I ☐IA ☐IB ☐IC
☐Stopień II ☐IIA ☐IIB ☐IIC
☐Stopień III ☐IIIA ☐IIIB ☐IIIC
☐Stopień IV ☐IVA ☐IVB ☐IVC

35. Stadium zaawansowania
☐*in situ*
☐miejscowe
☐regionalne (przerzuty reg.)
☐uogólnione (przerzuty odl.)

36. Inne podstawy rozpoznania
☐ cytologia ☐operacja wywiad.
☐ markery nowotw. ☐ badanie kliniczne
☐ endoskopia ☐ sekcja
☐ radiologia ☐ tylko akt zgonu
☐ inne bad. obraz. ☐ skryning tura .....

37. Leczenie skojarzone
☐radioter.+chemioter.
☐chirurgia+chemioter.
☐radioter.+chemioter.+chirurgia
☐radioter.+chirurgia
Data rozpoczęcia: (dzień - miesiąc - rok)
☐lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 36)

38. Leczenie nieskojarzone
Możliwe zaznaczenie kilku pol. (dzień - miesiąc - rok)
☐chirurgia
☐radioterapia
☐chemioterapia
☐hormonoterapia
☐immunoterapia
☐ ter. celowana
☐ przeszczep
☐ inne .....

39. Dla raka piersi (C50, D05)
☐mastektomia ☐leczenie oszczędzające

40. Rodzaj leczenia ☐ radykalne ☐ paliatywne ☐ objawowe ☐ skierowany na leczenie ☐ brak zgody na leczenie

41. Data wypełnienia (dzień - miesiąc - rok)

Identyfikator osoby wprowadzającej

42. Nr PWZ lekarza

43. Podpis i pieczątka lekarza .....