

Numer w KRN		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									
MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO											
1. Nazwa i adres jednostki—pieczętka z numerem REGON		2. REGON (cz. I resort. kodu identyf.)									
		3. PESEL									
		4. Data urodzenia									
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok					
dzień	miesiąc	rok									
		5. Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta									
6. Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> bez wykształcenia <input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> zasadnicza zawodowa <input type="checkbox"/> średnia <input type="checkbox"/> policealna <input type="checkbox"/> wyższa											
17. DATA ROZPOZNANIA											
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				dzień	miesiąc	rok					
dzień	miesiąc	rok									
DATA PRZYJĘCIA		21. DATA ZGONU									
18. do ambulatorium		22. Miejsce zgonu									
19. do szpitala		23. Przyczyna zgonu									
20. Data wypisu		24. Kod przyczyny zgonu ICD-10									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok	
dzień	miesiąc	rok									
dzień	miesiąc	rok									
		<input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> nowotwór wyjściowa									
		<input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inna wtórna									
		<input type="checkbox"/> inne bezpośrednia									
25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10		26. Rozpoznanie histopatologiczne									
Opis i lokalizacja nowotworu:		27. Kod histopat.									
.....		<input type="checkbox"/> Nie pobrano materiału do badania									
.....		<input type="checkbox"/> Pobrano wycinek (badanie w toku)									
.....		<input type="checkbox"/> Wynik negatywny (nie potwierdzono nowotworu)									
.....		<input type="checkbox"/> Wynik pozytywny (potwierdzono nowotwór)									
28. Nowotwór <input type="checkbox"/> pojedynczy <input type="checkbox"/> mnogi <input type="checkbox"/> przerzut		Data wyniku									
29. Miejsce przerzutu:		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok					
dzień	miesiąc	rok									
30. Data przerzutu		Typ histologiczny:									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok						
dzień	miesiąc	rok									
31. Strona ciała <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> obie strony		34. Stopień zaawansowania									
32. Kod zaawansowania TNM (7 rewizja)		35. Stadium zaawansowania									
<input type="checkbox"/> TIS <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> <i>in situ</i>									
33. Inne klasyfikacje zaawansowania		<input type="checkbox"/> miejscowe									
(np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)		<input type="checkbox"/> regionalne (przerzuty reg.)									
Wynik		<input type="checkbox"/> uogólnione (przerzuty odl.)									
36. Inne podstawy rozpoznania		37. Leczenie skojarzone									
<input type="checkbox"/> cytologia <input type="checkbox"/> operacja wywiad.		<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.									
<input type="checkbox"/> markery nowotw. <input type="checkbox"/> badanie kliniczne		<input type="checkbox"/> chirurgia+chemioter.									
<input type="checkbox"/> endoskopia <input type="checkbox"/> sekcja		<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.+chirurgia									
<input type="checkbox"/> radiologia <input type="checkbox"/> tylko akt zgonu		<input type="checkbox"/> radioter.+chirurgia									
<input type="checkbox"/> inne bad. obraz. <input type="checkbox"/> skryning tura		Data rozpoczęcia: ____ - ____ - ____									
39. Dla raka piersi (C50, D05)		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok					
dzień	miesiąc	rok									
<input type="checkbox"/> mastektomia <input type="checkbox"/> leczenie oszczędzające		<input type="checkbox"/> lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 36)									
40. Rodzaj leczenia <input type="checkbox"/> radykalne <input type="checkbox"/> paliatywne <input type="checkbox"/> objawowe <input type="checkbox"/> skierowany na leczenie <input type="checkbox"/> brak zgody na leczenie		38. Leczenie nieskojarzone									
41. Data wypełnienia		Możliwe zaznaczenie kilku pól									
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">dzień</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">miesiąc</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">rok</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		dzień	miesiąc	rok		dzień - miesiąc - rok					
dzień	miesiąc	rok									
Identyfikator osoby wprowadzającej		<input type="checkbox"/> chirurgia									
		<input type="checkbox"/> radioterapia									
		<input type="checkbox"/> chemioterapia									
		<input type="checkbox"/> hormonoterapia									
		<input type="checkbox"/> immunoterapia									
		<input type="checkbox"/> ter. celowana									
		<input type="checkbox"/> przeszczep									
		<input type="checkbox"/> inne									
42. Nr PWZ lekarza		43. Podpis i pieczętka lekarza									