

Numer w KRN	
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 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 dzień - miesiąc - rok	
DATA PRZYJĘCIA	
18. do ambulatorium dzień - miesiąc - rok	21. DATA ZGONU dzień - miesiąc - rok
19. do szpitala dzień - miesiąc - rok	22. Miejsce zgonu <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne
20. Data wypisu dzień - miesiąc - rok	23. Przyczyna zgonu <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> inna
	24. Kod przyczyny zgonu ICD-10 <input type="checkbox"/> wyjściowa <input type="checkbox"/> wtórna <input type="checkbox"/> 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 dzień - miesiąc - rok
29. Miejsce przerzutu:	Typ histologiczny:
30. Data przerzutu 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)	<input type="checkbox"/> Stopień 0 (Tis)
<input type="checkbox"/> TIS <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Stopień I <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IC
33. Inne klasyfikacje zaawansowania	<input type="checkbox"/> Stopień II <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIC
(np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)	<input type="checkbox"/> Stopień III <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC
Wynik	<input type="checkbox"/> Stopień IV <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> IVB <input type="checkbox"/> IVC
36. Inne podstawy rozpoznania	35. Stadium zaawansowania
<input type="checkbox"/> cytologia <input type="checkbox"/> operacja wywiad.	<input type="checkbox"/> in situ
<input type="checkbox"/> markery nowotw. <input type="checkbox"/> badanie kliniczne	<input type="checkbox"/> miejscowe
<input type="checkbox"/> endoskopia <input type="checkbox"/> sekcja	<input type="checkbox"/> regionalne (przerzuty reg.)
<input type="checkbox"/> radiologia <input type="checkbox"/> tylko akt zgonu	<input type="checkbox"/> uogólnione (przerzuty odl.)
<input type="checkbox"/> inne bad. obraz. <input type="checkbox"/> skryning tura	
39. Dla raka piersi (C50, D05)	37. Leczenie skojarzone
<input type="checkbox"/> mastektomia <input type="checkbox"/> leczenie oszczędzające	<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.
	<input type="checkbox"/> chirurgia+chemioter.
	<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.+chirurgia
	<input type="checkbox"/> radioter.+chirurgia
	<input type="checkbox"/> chir. +chem+radio.+hormonot.
	Data rozpoczęcia: ____ - ____ - ____
	dzień miesiąc rok
	<input type="checkbox"/> lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 36)
	38. Leczenie nieskojarzone
	Możliwe zaznaczenie kilku pól dzień - miesiąc - rok
	<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
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	41. Data wypełnienia dzień - miesiąc - rok
42. Nr PWZ lekarza	43. Podpis i pieczętka lekarza
44. Identyfikator osoby wprowadzającej	