

<b>Numer w KRN</b> _____	
<b>MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO</b>	
1. Nazwa i adres jednostki—pieczętka z numerem REGON	2. REGON (cz. I resort. kodu identyf.) _____
	3. PESEL _____
	4. Data urodzenia _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>
	5. Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
6. Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> obcokrajowiec   _____	<small>Kraj pochodzenia</small>
7. Nazwisko _____	
8. Imię _____	
<b>ADRES</b>	
9. Miejscowość _____	10. _____ <small>Kod pocztowy</small>
11. Ulica, nr domu, nr mieszkania _____	12. _____ <small>Kod TERYT</small>
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	
<b>17. DATA ROZPOZNANIA</b> _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	
<b>DATA PRZYJĘCIA</b>	<b>21. DATA ZGONU</b> _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>
18. do ambulatorium _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	22. Miejsce zgonu <input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> wyjściowa _____
19. do szpitala _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	23. Przyczyna zgonu <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> wtórna _____
20. Data wypisu _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	24. Kod przyczyny zgonu ICD-10 <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> bezpośrednia _____
<b>25. ROZPOZNANIE KLINICZNE: ICD-10</b> _____	
Opis i lokalizacja nowotworu: _____ _____ _____ _____	26. Rozpoznanie histopatologiczne                      27. _____ <small>Kod histopat.</small>
28. Nowotwór <input type="checkbox"/> pojedynczy <input type="checkbox"/> mnogi <input type="checkbox"/> przerzut	<input type="checkbox"/> Nie pobrano materiału do badania
29. Miejsce przerzutu: _____	<input type="checkbox"/> Pobrano wycinek (badanie w toku)
30. Data przerzutu _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	<input type="checkbox"/> Wynik negatywny (nie potwierdzono nowotworu)
31. Strona ciała <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> obie strony	<input type="checkbox"/> Wynik pozytywny (potwierdzono nowotwór)
32. Kod zaawansowania TNM (7 rewizja) <input type="checkbox"/> TIS   T _____   N _____   M _____	Data wyniku _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>
33. Inne klasyfikacje zaawansowania ..... <small>(np. FIGO, Clark/Breslow, Astler-Coller, Ann Arbor, Gleason)</small>	Typ histologiczny: _____ _____
Wynik _____	
36. Inne podstawy rozpoznania	34. Stopień zaawansowania
<input type="checkbox"/> cytologia <input type="checkbox"/> operacja wywiad.	<input type="checkbox"/> Stopień 0 (Tis)
<input type="checkbox"/> markery nowotw. <input type="checkbox"/> badanie kliniczne	<input type="checkbox"/> Stopień I <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IC
<input type="checkbox"/> endoskopia <input type="checkbox"/> sekcja	<input type="checkbox"/> Stopień II <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIC
<input type="checkbox"/> radiologia <input type="checkbox"/> tylko akt zgonu	<input type="checkbox"/> Stopień III <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC
<input type="checkbox"/> inne bad. obraz. <input type="checkbox"/> skryning   tura .....	<input type="checkbox"/> Stopień IV <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> IVB <input type="checkbox"/> IVC
39. Dla raka piersi (C50, D05)	35. Stadium zaawansowania
<input type="checkbox"/> mastektomia <input type="checkbox"/> leczenie oszczędzające	<input type="checkbox"/> <i>in situ</i>
	<input type="checkbox"/> miejscowe
	<input type="checkbox"/> regionalne (przerzuty reg.)
	<input type="checkbox"/> uogólnione (przerzuty odl.)
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	37. Leczenie skojarzone
41. Data wypełnienia _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>	<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.
Identyfikator osoby wprowadzającej _____	<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: _____ - _____ - _____ <small>                    dzień                      miesiąc                      rok</small>
	<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 .....                      _____ - _____ - _____
42. Nr PWZ lekarza _____	43. Podpis i pieczętka lekarza .....