

		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	
		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			
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	
		<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:		Typ histologiczny:	
30. Data przerzutu			
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"/> in situ	
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		<input type="checkbox"/> chir. +chem+radio.+hormonot.	
39. Dla raka piersi (C50, D05)		Data rozpoczęcia: _____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> mastektomia <input type="checkbox"/> leczenie oszczędzające		dzień miesiąc rok	
		<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	
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	