

Adresat: MINISTERSTWO ZDROWIA; Regionalny Rejestr Nowotworów
Przekazać w terminach przewidzianych w programie badań statystycznych statystyki publicznej

1. Typ karty <input type="checkbox"/> pierwsza <input type="checkbox"/> kontrolna		2. Numer	
MZ/N-1a KARTA ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO			
Nazwa i adres jednostki – pieczęć z numerem REGON		3. REGON (cz. I resort, kod identyf.)	
		4. PESEL	
		5. Data urodzenia	
		rok miesiąc dzień	
6. Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta			
7. Nazwisko			
8. imię			
9. Poprzednie nazwisko			
ADRES			
10. Miejscowość			
11. Kod TERYT			
12. Ulica, nr domu, nr mieszkania			
13. Gmina		14. Powiat	
		15. Województwo	
16. Zajęcie <input type="checkbox"/> uczeń <input type="checkbox"/> pracownik umysłowy <input type="checkbox"/> pracownik fizyczny <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> emeryt/rencista <input type="checkbox"/> inny			
17. Wykształcenie <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> niepełne wyższe <input type="checkbox"/> wyższe			
18. DATA ROZPOZNANIA			
rok miesiąc dzień			
DATA PRZYJĘCIA		22. DATA ZGONU	
19. do ambulatorium		rok miesiąc dzień	
20. do szpitala		23. Miejsce zgonu	
21. DATA WYPISU		<input type="checkbox"/> szpital <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> inne	
rok miesiąc dzień		24. Przyczyna zgonu	
		<input type="checkbox"/> nowotwór <input type="checkbox"/> inne	

25. ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10		28. ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE	
Opis i lokalizacja nowotworu:		29. 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)	
26. Nowotwór <input type="checkbox"/> pojedynczy <input type="checkbox"/> mnogi		Typ histologiczny	
27. Strona ciała <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> obie strony			
30. Kod zaawansowania TNM		31. Stadium zaawansowania	
0 1 2 3 4 X		<input type="checkbox"/> rak <i>in situ</i> <input type="checkbox"/> regionalne (przerzuty regionalne)	
T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TIS		<input type="checkbox"/> miejscowe <input type="checkbox"/> uogólnione (przerzuty odległe)	
N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> niedokładnie określone	
M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
32. inne podstawy rozpoznania		33. Leczenie skojarzone	
<input type="checkbox"/> cytologia <input type="checkbox"/> inne bad. Obraz		<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.	
<input type="checkbox"/> endoskopia <input type="checkbox"/> badanie kliniczne		<input type="checkbox"/> chirurgia+chemioter.	
<input type="checkbox"/> radiologia <input type="checkbox"/> sekcja		<input type="checkbox"/> radioter.+chemioter.+chirurgia	
<input type="checkbox"/> operacja wywiad. <input type="checkbox"/> tylko akt zgonu		<input type="checkbox"/> radioter.+chirurgia	
<input type="checkbox"/> badanie skryningowe		<input type="checkbox"/> lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt. 34)	
możliwe zaznaczenie kilku pól		34. Metody leczenia nieskojarzonego	
		<input type="checkbox"/> chirurgia <input type="checkbox"/> hormonoterapia	
		<input type="checkbox"/> radioterapia <input type="checkbox"/> immunoterapia	
		<input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> inne	
		możliwe zaznaczenie kilku pól	
35. Rodzaj leczenia <input type="checkbox"/> radykalne <input type="checkbox"/> paliatywny <input type="checkbox"/> objawowe <input type="checkbox"/> skierowany na leczenie <input type="checkbox"/> brak zgody na leczenie			
36. Data wypełnienia karty		37. Nr statystyczny lekarza	
rok miesiąc dzień			
38. Identyfikator osoby wczytującej		39. Podpis lekarza	

Kartę wypełnia się dla chorych z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu przy pierwszym oraz ponownym zgłoszeniu, a także przypadku zgonu.

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA KARTY ZGŁOSZENIA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH

Zasady ogólne

Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego MZ/N-1a służy do zgłaszania wykrytych przypadków nowotworów złośliwych raka *in situ* przez placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie całego kraju.

Kartę należy wypełniać:

- przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu,
 - przy wizytach kontrolnych, w czasie których zostanie stwierdzona zmiana mająca związek z leczeniem lub postępem choroby,
 - na podstawie aktu zgonu, jeśli przyczyną zgonu był nowotwór złośliwy.
- szeniu podlegają choroby nowotworowe oznaczone w X rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Stanów Zdrowotnych numerami C00-C97 oraz D00-D09.

ZASADY WYPEŁNIANIA KARTY

Kartę należy wypełniać czytelnie czarnym lub niebieskim długopisem, używając drukowanych liter, a pola kodowe zaznaczać symbolem X wewnątrz obszaru pola.

Nie należy wypełniać pól oznaczonych szarym kolorem (art. 2, 11, 25, 29, 38).

1. Należy zaznaczyć, czy pacjent ma wypełnioną kartę MZ/N-1a po raz pierwszy, czy jest to jego kolejna karta.
2. Nie wypełniać (wypełnia regionalny rejestr onkologiczny).
3. Należy wstawić nazwę lub stempel jednostki zgłaszającej oraz wpisać jej numer REGON.
4. Należy wpisać pełny numer PESEL.
5. Należy wpisać datę urodzenia według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
6. Należy zaznaczyć znakiem X odpowiednią płeć.
7. Należy wpisać aktualne nazwisko pacjenta.
8. Należy wpisać imię (imiona) pacjenta.
9. Przy zmianie nazwiska należy podać również to nazwisko, które pacjent nosił w czasie postawienia pierwszej diagnozy czy poprzednich zgłoszeń.
10. Należy wpisać miejscowość, w której pacjent jest zameldowany na stałe.
11. Nie wypełniać (wypełnia Rejestr Nowotworów Złośliwych).
12. Należy wpisać ulicę, nr domu i mieszkania pacjenta w miejscu zameldowania.
13. Należy wpisać gminę, w której leży miejscowość.
14. Należy wpisać powiat, w którym leży miejscowość.
15. Należy wpisać województwo, w którym leży miejscowość.
16. Należy zaznaczyć znakiem X rodzaj wykonywanego zajęcia.
17. Należy zaznaczyć znakiem X wykształcenie pacjenta.
18. Należy wpisać datę rozpoznania nowotworu według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
19. Należy wpisać datę porady ambulatoryjnej według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
20. Należy wpisać datę przyjęcia do szpitala według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
21. Należy wpisać datę wypisu ze szpitala według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
22. Należy wpisać datę zgonu pacjenta według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
23. Należy zaznaczyć znakiem X miejsce zgonu pacjenta (hospicjum należy do kategorii „inne”).
24. Należy zaznaczyć znakiem X przyczynę zgonu pacjenta.
25. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie kliniczne z dokładnym umiejscowieniem nowotworu (także tkanki krwiotwórczej i układu chłonnego), precyzując czy chodzi o umiejscowienie pierwotne, czy przerzut, a Pierwotny punkt wyjścia nowotworu jest nieznan.
26. Należy zaznaczyć, czy rozpoznany nowotwór jest pierwszym nowotworem, czy jest to kolejny różny histologicznie nowotwór. Nie należy zakreślać pól w wypadku przerzutów.
27. W wypadku nowotworów umiejscowionych w narządach parzystych należy podać stronę ciała pacjenta, po której znajduje się nowotwór.
28. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie histopatologiczne.
29. Jeżeli chory nie miał badania histopatologicznego, w polu należy zakreślić „nie pobrano materiału do badania”. Jeżeli nie otrzymano jeszcze wyniku badania, należy zakreślić „pobrano wycinek-badanie w toku”. Jeżeli wynik badania był ujemny, należy zakreślić „wynik negatywny”, jeśli zaś badanie potwierdziło występowanie nowotworu, należy podać pełne rozpoznanie histopatologiczne lub zakreślić „wynik pozytywny”.
30. Należy zakreślić stadium zaawansowania choroby nowotworowej według klasyfikacji TNM.
31. Jeśli diagnostyka TNM nie jest możliwa, należy określić stadium zaawansowania choroby.
32. Jeżeli nie wykonano badania histopatologicznego, należy zakreślić, jakie inne badania były podstawą rozpoznania nowotworu. Wskazywanie innych badań, których rezultat nie posiada istotnej wartości diagnostycznej, jest niecelowe. Laparotomię należy zaznaczyć jako operację wywiadowczą.
33. Należy określić, jakie metody leczenia skojarzonego zastosowano u pacjenta (kolejność nieistotna).
34. Należy zakreślić, jakiemu leczeniu przeciwnowotworowemu nieskojarzonemu poddano dotychczas pacjenta (operacja Wywiadowcza nie jest leczeniem chirurgicznym). Możliwe jest zaznaczenie kilku pól.
35. Należy określić rodzaj leczenia, zaznaczając jedną z przewidzianych w karcie możliwości.
36. Należy wpisać datę wypełnienia karty według ustalonego formatu: rrr-mm-dd.
37. Pole na podpis lekarza wypełniającego kartę oraz numer statystyczny lekarza.
38. Nie wypełniać.
39. Czytelny podpis i pieczęć lekarza.