

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		15. Gmina													
14. Powiat															
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: ____ - ____ - ____													
		<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													
39. Dla raka piersi (C50, D05)		<input type="checkbox"/> lecz. nieskojarzone (wypełnić pkt 36)													
<input type="checkbox"/> mastektomia <input type="checkbox"/> leczenie oszczędzające		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		42. Nr PWZ lekarza													
<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: 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>									
dzień	miesiąc	rok													
Identyfikator osoby wprowadzającej		43. Podpis i pieczętka lekarza													