

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM CHIRURGICKÁ LIEČBA / VÝKON

ROK 2017

Hlásenie vyplňajú operatéri rôznych špecializácií, ktorí operujú pacienta so zhubným nádorom

* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia	
Rok spracovania:	2 0 1 7*
Mesiac spracovania:	*
IČO (8 znakov):	*
Kód PZS:	*
Názov zariadenia:	*
Vyplnil (meno a priezvisko lekára):	*
Telefónne číslo:	*
Dátum vyplnenia:	*
E-mail:	*

1 Identifikačné údaje pacienta	
Meno:	*
Evidenčné číslo pacienta:	*
(ak ho vo vašom zariadení pridelujete pacientovi)	
Priezvisko:	*
Pohlavie:	1-muž 2-žena <input type="checkbox"/>
Rodné číslo:	*
Trvalé bydlisko (obec):	*

2 Špecifické informácie	
Chirurgický výkon/operácia	Dátum operačného výkonu/operácie: * * * * *
1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>	
(možnosť '2-nie' zvolte, ak ďalej za druh operácie zvolíte možnosti '8', '9')	
Druh: 1-extirpácia nádoru 6-odľahčovacia operácia 7-pokus o operáciu 8-žiadna (neoperovaný) <input type="checkbox"/>	
9-neznáme A-odstránenie nádoru B-odstránenie nádoru s celým orgánom alebo len jeho časťou	
C-rozšírená radikálna operácia (s odstránením regionálnych uzlín)	
D-radikálna operácia s odstránením regionálnych lymfatických uzlín bez zásahu na primárny nádor	
0-iná operácia uved' aká:	* * * * *
Odstránenie nádoru (popis rezidua):	
0-R0 žiadny reziduálny nádor 2-R2 makroskopický reziduálny nádor 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
1-R1 mikroskopický reziduálny nádor 3-nádor ponechaný	
Cieľ operačného výkonu: 1-kuratívny 2-paliatívny 3-pacient odmietol liečbu 9-neznámy 0-iný <input type="checkbox"/>	
Lateralita: 1-vpravo 2-vľavo 3-centrálne 4-bilaterálne 5-mnohopočetné 8-neaplikovateľ. (napr. systém. ochorenie) 9-neznáme <input type="checkbox"/>	
Klinický rozsah nálezu pri operácii:	
1-Ca in situ 3-priame šírenie do okolia 5-priame šírenie do okolia a postihn. lym. uzlín 7-vzdialené metastázy	
2-lokalizovaný 4-postihnutie reg. lymfatických uzlín 6-nemožno aplikovať (systémové ochorenie) 9-neznáme <input type="checkbox"/>	

3 Špecifikácia zhubného nádoru	
Klasifikácia ochorenia (kód dg. MKCH-10) * * * * *	
Bol pri operácii odobratý biologický materiál na histologizáciu?:	1-áno 2-nie <input type="checkbox"/>
Ak áno, uved'te: TNM-klasifikáciu: pT ____ pN ____ pM ____	
Ak nie, uved'te: T ____ N ____ M ____	
Uved'te klinické štádium / eventuálne podštádium (slovne):	

4 Poznámka (dôležitá doplňujúca informácia o pacientovi):	

Odoslané:

Pečiatka, podpis: