HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM
CHIRURGICKÁ LIEČBA / VÝKON

ROK 2018

Hlásenie vypĺňajú operatéri rôznych špecializácii, ktorí operujú pacienta so zhubným nádorom

* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia

Rok spracovania: 2 0 1 8* **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: *

Priezvisko: *

Rodné číslo: *

Trvalé bydlisko (obec): *

Evidenčné číslo pacienta:
(ak ho vo vašom zariadení prideľujete pacientovi)

Pohlavie: **1**-muž **2**-žena

2 Špecifické informácie

Chirurgický výkon/operácia **Dátum operačného výkonu/operácie:**

1-áno **2**-nie

(možnosť '2-nie' zvoľte, ak ďalej za druh operácie zvolíte možnosti '8', '9')

Druh: **1**-extirpácia nádoru **6**-odľahčovacia operácia **7**-pokus o operáciu **8**-žiadna (neoperovaný)
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 uveď aká:

Odstránenie nádoru (popis rezidua):
0-R0 žiadny reziduálny nádor **2**-R2 makroskopický reziduálny nádor **9**-neznáme
1-R1 mikroskopický reziduálny nádor **3**-nádor ponechaný

Cieľ operačného výkonu: **1**-kuratívny **2**-paliatívny **3**-pacient odmietol liečbu **9**-neznámy **0**-iný

Lateralita: **1**-vpravo **2**-vľavo **3**-centrálne **4**-bilaterálne **5**-mnohopočetné **8**-neaplikovateľ. (napr. systém. ochorenie) **9**-neznáme

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

3 Špecifikácia zhubného nádoru

Klasifikácia ochorenia (kód dg. MKCH-10) *

Bol pri operácii odobratý biologický materiál na histologizáciu?: **1**-áno **2**-nie

Ak áno, uveďte: TNM-klasifikáciu: **pT** ____ **pN** ____ **pM** ____
Ak nie, uveďte: **T** ____ **N** ____ **M** ____

Uveďte klinické štádium / eventuálne podštádium (slovne):

4 Poznámka (dôležitá doplňujúca informácia o pacientovi):

Odoslané: Pečiatka, podpis: