HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM
CHIRURGICKÁ LIEČBA / VÝKON

ROK 2021

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

* = povinný údaj

0 Identifikácia zariadenia

Rok spracovania: ☐☐☐☐* **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 prideľujete pacientovi)

Priezvisko: *

Pohlavie: **1**-muž **2**-žena ☐

Rodné číslo: *

Trvalé bydlisko (obec): *

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: