

Наименование учреждения
(штамп)

Ф. N 090/У УТВ. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 года N 135

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования

01. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение _____
02. Извещение направлено в _____
03. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ больного
04. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
05. Пол: мужской; женский; неизвестен;
06. Этническая группа _____
07. Домашний адрес: область, край, республика _____ район _____ ;
населенный пункт _____ улица _____ дом N _____ кв. N _____
почтовый индекс _____ телефон _____
08. Житель: города; села; неизвестно
09. Профессиональная группа: _____
Указать профессию, преобладавшую в течение жизни
10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу данного заболевания:
число _____ месяц _____ год _____
11. Дата установления диагноза: число _____ месяц _____ год _____
12. Порядковый номер данной злокачественной опухоли у данного больного _____
13. Локализация опухоли _____
14. Морфологический тип опухоли _____
15. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T_(0-4,x) _____ N_(0-3,x) _____ M_(0,1,x) _____
16. Стадия опухолевого процесса:
- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ia | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IVa | <input type="checkbox"/> in situ |
| <input type="checkbox"/> Ib | <input type="checkbox"/> IIб | <input type="checkbox"/> IIIб | <input type="checkbox"/> IVб | <input type="checkbox"/> неприменимо |
| <input type="checkbox"/> Ic | <input type="checkbox"/> IIс | <input type="checkbox"/> IIIс | <input type="checkbox"/> IVс | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| <input type="checkbox"/> I стадия | <input type="checkbox"/> II стадия | <input type="checkbox"/> III стадия | <input type="checkbox"/> IV стадия | |
17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> отдаленные лимфатич. узлы | <input type="checkbox"/> кожа | <input type="checkbox"/> другие органы |
| <input type="checkbox"/> кости | <input type="checkbox"/> почки | <input type="checkbox"/> множественные |
| <input type="checkbox"/> печень | <input type="checkbox"/> яичники | <input type="checkbox"/> неизвестна |
| <input type="checkbox"/> легкие и/или плевра | <input type="checkbox"/> брюшина | |
| <input type="checkbox"/> головной мозг | <input type="checkbox"/> костный мозг | |
18. Метод подтверждения диагноза:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> морфологический | <input type="checkbox"/> лабораторно-инструментальный |
| <input type="checkbox"/> цитологический | <input type="checkbox"/> только клинический |
| <input type="checkbox"/> эксплоративная операция | <input type="checkbox"/> неизвестен |
19. Обстоятельства выявления опухоли:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> обратился сам | <input type="checkbox"/> посмертно при аутопсии |
| <input type="checkbox"/> активно, при профосмотре | <input type="checkbox"/> посмертно без аутопсии |
| <input type="checkbox"/> активно, в смотровом кабинете | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| <input type="checkbox"/> при других обстоятельствах | |
20. В какое медицинское учреждение направлен больной _____
21. Дата заполнения извещения: число _____ месяц _____ год _____
- Фамилия, инициалы, телефон врача, заполнившего извещение _____

Подпись врача _____