

Наименование учреждения
(штамп)

Ф. N 027-1/У Утв. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 г. N 135

ВЫПИСКА
ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ
НОВООБРАЗОВАНИЕМ
(заполняется всеми стационарами)

01. Название и адрес учреждения, выдавшего выписку _____
02. Название и адрес учреждения, куда направляется выписка _____
03. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ больного
04. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

05. Пол мужской; женский
06. Этническая группа _____
07. Адрес больного: область, край, республика, _____ район _____
населенный пункт _____ улица _____ дом N _____ кв. N _____
почтовый индекс _____ телефон _____

08. Житель: города; села; неизвестно
09. Социально - профессиональная группа _____
10. Дата поступления в стационар: число _____ месяц _____ год _____
11. Дата выписки из стационара или смерти: число _____ месяц _____ год _____
12. Длительность пребывания в стационаре в днях _____
13. Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в период

данной госпитализации да; нет

14. Цель госпитализации:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> лечение первичной опухоли | <input type="checkbox"/> реабилитация |
| <input type="checkbox"/> продолжение лечения первичной опухоли | <input type="checkbox"/> лечение поздних осложнений |
| <input type="checkbox"/> лечение рецидива заболевания | <input type="checkbox"/> симптоматическое лечение |
| <input type="checkbox"/> продолжение лечения рецидива заболевания | <input type="checkbox"/> лечение сопутствующих заболеваний |
| <input type="checkbox"/> дообследование | <input type="checkbox"/> другая |

15. Заключительный диагноз

15.1. Топография опухоли _____

15.2. Морфологический тип опухоли _____

15.3. Стадия по системе TNM: T (0-4x) _____; N (0-3,x) _____; M (0,1,x) _____

15.4. 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"/> IIc | <input type="checkbox"/> IIIc | <input type="checkbox"/> IVc | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| <input type="checkbox"/> I стадия | <input type="checkbox"/> II стадия | <input type="checkbox"/> III стадия | <input type="checkbox"/> IV стадия | |

15.5. 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 | |

15.6. 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 |

16. Сопутствующие заболевания: _____

17. Характер проведенного за период данной госпитализации лечения

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> радикальное, полное | <input type="checkbox"/> соматические противопоказания |
| <input type="checkbox"/> радикальное, неполное | <input type="checkbox"/> отказ больного от лечения |
| <input type="checkbox"/> паллиативное | |
| <input type="checkbox"/> симптоматическое | |

18. Причина незавершенности радикального лечения

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> отказ больного от продолжения лечения | <input type="checkbox"/> запланированный перерыв |
| <input type="checkbox"/> осложнения лечения | <input type="checkbox"/> другая |
| <input type="checkbox"/> отриц. динамика заболевания на фоне лечения | |

19. Хирургическое лечение

19.1. Дата операции: число _____ месяц _____ год

19.2. Название операции _____

19.3. Осложнения хирургического лечения: _____

20. Лучевое лечение

20.1. Дата начала курса лучевой терапии: число _____ месяц _____ год _____

20.2. Способ облучения

- Облучение внешнее: дистанционное; аппликационное;
- Облучение внутрисполостное: закрытыми источниками; открытыми источниками
- Облучение внутритканевое:
- Облучение сочетанное: дистанционное+внутрисполостное закрытыми источниками
- дистанционное+внутрисполостное открытыми источниками
- дистанционное+внутритканевое

Другое _____

20.3. Вид лучевой терапии

Фотонная: рентгеновская близкофокусная ; рентгеновская глубокая ;

тормозное излучение высоких энергий ;

Корпускулярная: электроны ; тяжелые заряженные частицы ; нейтроны

Сочетанная: фотонная+электроны ; протоны+гамма ; нейтроны+гамма

Гамматерапия ;

Другая _____

20.4. Методы лучевой терапии

Непрерывная: внутритканевая ; внутрисполостная ; I ¹³¹ ; Au ¹⁹⁸ ;
другая ;

Фракционирование: традиционное ; со сквозным курсом ;
с расщепленным курсом ;

Фракционирование нетрадиционное: дневное дробление дозы ; укрупненное ;
крупное ; динамическое ;

Лучевая терапия: тотальная ; субтотальная ;
с неравномерным облучением мишени ;

20.5. Радиомодификаторы, применявшиеся при проведении лучевой терапии

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> не применялись | <input type="checkbox"/> лекарственные препараты |
| <input type="checkbox"/> гипербарическая оксигенация | <input type="checkbox"/> иммуномодуляторы |
| <input type="checkbox"/> электронакцепторные соединения | <input type="checkbox"/> радиофармпрепараты |
| <input type="checkbox"/> гипертермия | <input type="checkbox"/> антиоксидантный комплекс |
| <input type="checkbox"/> гипергликемия | <input type="checkbox"/> сочетание радиомодификаторов |
| <input type="checkbox"/> гипоксия | <input type="checkbox"/> другие |
| <input type="checkbox"/> гипотермия | |

20.6. Поля облучения _____

20.7. Суммарная доза на опухоль _____ (Гр);
Суммарная доза на зоны регионарного метастазирования _____ (Гр)

20.8. Осложнения лучевого лечения: _____

21. Химиотерапевтическое лечение

21.1. Дата начала курса химиотерапии: число _____ месяц _____ год _____

21.2. Вид химиотерапии: самостоятельная; адъювантная; неoadъювантная

21.3. Препараты, суммарные дозы: _____

21.4. Осложнения химиотерапевтического лечения: _____

22. Гормоноиммунотерапевтическое лечение:

22.1. Дата начала курса: число _____ месяц _____ год _____

22.2. Вид гормонотерапии:

лекарственная хирургическая лучевая

22.3. Препараты, дозы _____

22.4. Осложнения гормоноиммунотерапевтического лечения: _____

23. Другие виды специального лечения: _____

24. Особенности случая: _____

25. Лечебные и трудовые рекомендации: _____

26. Фамилия и инициалы, телефон врача, заполнившего выписку _____

Дата заполнения выписки "___" _____ 20__ г. Подпись врача _____

Выписка пересылается в онкологический диспансер (кабинет) по месту жительства больного.