

Наименование учреждения
(штамп)

Медицинская документация
Ф. N 090/У
Утв. МЗ Российской Федерации
19 апреля 1999 г. 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, преобладающую 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: Т (0-4,х) _____ N (0-3,х) _____ M (0,1,х) _____
16. Стадия опухолевого процесса:
- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Ia | ☐ IIa | ☐ IIIa | ☐ IVa | ☐ in situ |
| ☐ Ib | ☐ IIb | ☐ IIIb | ☐ IVb | ☐ неприменимо |
| ☐ Ic | ☐ IIc | ☐ IIIc | ☐ IVc | ☐ неизвестно |
| ☐ I стадия | ☐ II стадия | ☐ III стадия | ☐ IV стадия | |
17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| ☐ отдаленные лимфатич. узлы | ☐ кожа | ☐ другие органы |
| ☐ кости | ☐ почки | ☐ множественные |
| ☐ печень | ☐ яичники | ☐ неизвестна |
| ☐ легкие и/или плевра | ☐ брюшина | |
| ☐ головной мозг | ☐ костный мозг | |
18. Метод подтверждения диагноза:
- | | |
|--|---|
| ☐ морфологический | ☐ лабораторно - инструментальный |
| ☐ цитологический | ☐ только клинический |
| ☐ эксплоративная операция | ☐ неизвестен |
19. Обстоятельства выявления опухоли:
- | | |
|--|---|
| ☐ обратился сам | ☐ посмертно при аутопсии |
| ☐ активно, при профосмотре | ☐ посмертно без аутопсии |
| ☐ активно, в смотровом кабинете | ☐ неизвестно |
| ☐ 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 _____