

Здравствена установа/установа:	МАТИЧНИ БРОЈ
Служба – одељење:	ШИФРА
Место, општина:	ШИФРА ОПШТИНЕ
Број историје болести-картона:	БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ-КАРТОНА

ПРИЈАВА ЛИЦА ОБОЛЕЛОГ ОД МАЛИГНОГ ТУМОРА

1. Презиме, (име једног од родитеља) и име:	
2. Јединствени матични број грађана (ЈМБГ):	ЈМБГ
3. Датум рођења (дан, месец, година):	
4. Пол:	Мушки – 1 Женски – 2
5. Место рођења:	Место, општина ШИФРА НАСЕЉА
6. Место сталног боравка:	Улица и број, место, општина ШИФРА НАСЕЉА
7. Занимање-посао који обавља:	
8. Да ли је раније утврђен неки други примарни малигни тумор:	Да – 1 Не – 2
Датум утврђивања претходног малигног тумора:	
9. Датум утврђивања садашњег обољења:	
10. Начин утврђивања садашњег обољења:	
- потврда о смрти.....0 - цитолошки / хематолошки..... 5 - клинички (само преглед)..... 1 - хистолошки (метастаза)..... 6 - специјалном клиничком претрагом.....2 - хистолошки (примарна)..... 7 - експлоративном операцијом3 - обдукцијом (хистолошки) 8 - биохемијским-имунолошким тестом ..4 - непознато 9	
11. Примарна анатомска локализација малигног тумора	Дијагноза: ШИФРА МКБ-10
12. Секундарна анатомска локализација малигног тумора	Дијагноза: ШИФРА МКБ-10
13. Хистолошки тип малигног тумора	Дијагноза: ШИФРА ICD-O3
14. Клинички стадијум обољења пре примарне терапије:	
- in situ 0 - захваћене регионалне лимфне жлезде ... 4 - локализован на органима и ткивима извора 1 - удањене метастазе 5 - проширеност на суседне анатомске структуре 2 - непознат 9	
15. Датум смрти	
16. Основни узрок смрти	
17. Обдукован	Да – 1 Не – 2 Непознато – 9
18. Датум пријаве (дан, месец, година)	
_____ (презиме и име лекара) _____ (потпис и факсимил лекара)	