

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):										
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:										
ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА										
9. Датум утврђивања садашњег обољења:										
ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА										
10. Начин утврђивања садашњег обољења:										
- потврда о смрти.....0 - клинички (само преглед).....1 - специјалном клиничком претрагом.....2 - експлоративном операцијом.....3 - биохемијским-имунолошким тестом.....4 - цитолошки / хематолошки.....5 - хистолошки (метастаза).....6 - хистолошки (примарна).....7 - обдукцијом (хистолошки).....8 - 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 situ0 - локализован на органима и ткивима извора1 - проширеност на суседне анатомске структуре 2 - захваћене регионалне лимфне жлезде ... 4 - удањене метастазе 5 - непознат..... 9										
15. Датум смрти										
ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА										
16. Основни узрок смрти		Дијагноза:								ШИФРА МКБ-10
17. Обдукован		Да – 1 Не – 2 Непознато – 9								
18. Датум пријаве (дан, месец, година)										
ДАН, МЕСЕЦ, ГОДИНА										
_____ _____ (презиме и име лекара) (потпис и факсимил лекара)										