

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز

نام مرکز.....

برنامه کشوری ثبت سرطان

فرم شماره ۴: فرم ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت

اطلاعات هویتی بیمار:	
۱. شماره پرونده	۲. نام
۳. نام خانوادگی	۴. نام پدر
۵. جنسیت: ۱-مرد ۲-زن ۳-نامشخص	۶. تاریخ تولد:/...../۱۳.....
۸. استان محل تولد	۹. شهرستان/شهر محل تولد
۱۰. شماره شناسنامه	۱۱. شماره ملی
۱۲. کد پستی ۱۰ رقمی	۱۳. بیمه شده: ۱-بلی <input type="checkbox"/> ۲-خیر <input type="checkbox"/>
۱۴. نوع بیمه	۱۵. شماره بیمه
۱۶. ملیت: ۱-ایرانی <input type="checkbox"/> ۲-غیر ایرانی <input type="checkbox"/> ۳-نامشخص <input type="checkbox"/>	۱۷. شغل: ۱-بازنشسته <input type="checkbox"/> ۲-پزشک <input type="checkbox"/> ۳-خانه دار <input type="checkbox"/> ۴-رادیولوژیست <input type="checkbox"/> ۵-راننده <input type="checkbox"/> ۶-رفتگر <input type="checkbox"/> ۷-صیاد ماهی <input type="checkbox"/> ۸-قالیباف <input type="checkbox"/> ۹-کارگر در تماس با مواد شیمیایی <input type="checkbox"/>
۱۰-کارگر ساختمانی <input type="checkbox"/> ۱۱-کارگر صنعتی <input type="checkbox"/> ۱۲-کارگر معدنی <input type="checkbox"/> ۱۳-کارمند <input type="checkbox"/> ۱۴-کاسب <input type="checkbox"/> ۱۵-کشاورز <input type="checkbox"/> ۱۶-معلم <input type="checkbox"/> ۱۷-مهندس <input type="checkbox"/> ۱۸-نجار <input type="checkbox"/>	۱۹-نقاش ساختمانی <input type="checkbox"/> ۲۰-سایر <input type="checkbox"/>
۱۸. وضعیت تاهل: ۱-مجرد <input type="checkbox"/> ۲-متاهل <input type="checkbox"/> ۳-مطلقه <input type="checkbox"/> ۴-همسر مرده <input type="checkbox"/> ۵-نامشخص <input type="checkbox"/>	۱۹. کد ملی سرپرست خانوار:
۲۰. آدرس دائم:	
۱-استان	۲-شهرستان/شهر
۳-روستا	۴-خیابان
۵-کوچه	۶-پلاک
۸-مدت سکونت: ماه..... سال.....	۲۱. تلفن
۲۲. تلفن بستگان	کد.....
روش تشخیص: (میکروسکوپی)	
۲۳. روش تشخیص: ۱. پاتولوژی-متاستاز <input type="checkbox"/> ۲. پاتولوژی اولیه <input type="checkbox"/> ۳. سیتولوژی <input type="checkbox"/> ۴. هماتولوژی-انکولوژی <input type="checkbox"/> ۵. نامشخص <input type="checkbox"/>	۲۴. تاریخ تشخیص:/...../۱۳.....
۲۵. شماره نمونه پاتولوژی یا سیتولوژی	
۲۶. نام آزمایشگاه:	
روش تشخیص: (غیر میکروسکوپی)	
۲۷. بالینی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۸. سونوگرافی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۹. تصویربرداری <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳۰. آندوسکوپی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۱. رادیوتراپی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳۲. شیمی درمانی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۳. تومور مارکر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳۴. سایر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۵. جواز دفن <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳۶. تاریخ تشخیص:/...../۱۳.....
مشخصات تومور:	
۳۷. محل دقیق تومور	
تشخیص نهایی	
۳۸. کد ICD-O C..... M.....	
۳۹. محل متاستاز: ۱-بدون متاستاز <input type="checkbox"/> ۲-لنف نود دور دست <input type="checkbox"/> ۳-استخوان <input type="checkbox"/> ۴-کبد <input type="checkbox"/> ۵-ریه، پلور <input type="checkbox"/> ۶-مغز <input type="checkbox"/> ۷-تخمدان <input type="checkbox"/> ۸-پوست <input type="checkbox"/>	
۹-سایر موارد <input type="checkbox"/> ۱۰-نامشخص <input type="checkbox"/>	
۴۰. مرحله (stage) تومور:	
۴۱. تاریخ تکمیل فرم/...../۱۳.....	۴۲. نام تکمیل کننده فرم: امضاء