

TEATIS VÄHIREGISTRILE

TERVISHOIU ARVESTUSVORM

Isikukood <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mees <input type="checkbox"/> Naine	Haigusloo või haigekaardi nr.
Perekonnanimi	Varasemad perekonnanimed	Eesnimi
Sünniaeg päev kuu aasta	Perekonnaseis 1 <input type="checkbox"/> Registreeritud abielus 3 <input type="checkbox"/> Vallaline 5 <input type="checkbox"/> Lesk 2 <input type="checkbox"/> Vabaabielus 4 <input type="checkbox"/> Lahutatud	Rahvus kood
Sünnikoht Vald/alev/linn Maakond Riik	kood	Elukoht Postiindeks Vald/alev/linn Maakond Tn./küla maja krt. kood
Varem diagnoositud pahaloomulised kasvajakud Millises organis Kus diagnoositud või ravitud		
DIAGNOOS (üksikasjaline paige) Diagnoosimise aeg		Kuupäev kood
Diagnoosi kinnitanud uurimismeetodid 1 <input type="checkbox"/> Kliiniline 2 <input type="checkbox"/> Instrumentaalne kliiniline uuring (röntg., ultraheli, endosk., rad.isot. jne) 3 <input type="checkbox"/> Operatsioon ilma histoloogilise uuringuta 4 <input type="checkbox"/> Biokeemiline või immunoloogiline eriuuring 5 <input type="checkbox"/> Tsütoloogiline või hematoloogiline uuring 6 <input type="checkbox"/> Metastaasi histoloogiline uuring 7 <input type="checkbox"/> Alkolde histoloogiline uuring 8 <input type="checkbox"/> Lahang histoloogilise uuringuga 9 <input type="checkbox"/> Lahang ilma histoloogilise uuringuta 0 <input type="checkbox"/> Andmed puuduvad		
Morfoloogiline diagnoos ja pahaloomulisuse aste		kood
LEVIK Stadium: T N M	1 <input type="checkbox"/> In situ 2 <input type="checkbox"/> Lokaalne	3 <input type="checkbox"/> Metastaseerunud ainult regionaalsetesse lümfisõlmedesse 4 <input type="checkbox"/> Levik naaberorganitesse 5 <input type="checkbox"/> Kaugmetastaasid 6 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud protsess, täpsed andmed puuduvad 7 <input type="checkbox"/> Määratlemata
RAVI		
1 <input type="checkbox"/> Kirurgiline ravi 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata	Tervishoiuasutus	Kuupäev
2 <input type="checkbox"/> Kiiritusravi 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata	Operatsioon	
3 <input type="checkbox"/> Keemiaravi	Tervishoiuasutus	Kuupäev
4 <input type="checkbox"/> Hormoonravi	Milline ravi	
5 <input type="checkbox"/> Muu ravi	Tervishoiuasutus	Kuupäev
6 <input type="checkbox"/> Ei saanud eriravi 1 <input type="checkbox"/> Kõrge vanus või kaasuvad haigused 2 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud kasvaja 3 <input type="checkbox"/> Haige keeldumine 4 <input type="checkbox"/> Suunatud teise tervishoiuasutusse (kuhu) 5 <input type="checkbox"/> Muu põhjus (milline)	Milline ravi	
7 <input type="checkbox"/> Andmed ravi kohta puuduvad		
Surmaaeg päev kuu aasta	kood	Teatise vormistaja ametikoht
Surmapõhjus		Nimi Kuupäev
		Tervishoiuasutus Telefon