

# TEATIS VÄHIREGISTRILE

<b>Isikukood</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mees <input type="checkbox"/> Naine	Haigusloo või haigekaardi nr.												
<b>Perekonnanimi</b>		<b>Eesnimi</b>												
<b>Sünniaeg</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">päev</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">kuu</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%; text-align: center;">aasta</td> </tr> </table>			päev	kuu	aasta									
päev	kuu	aasta												
		<b>Elukoht</b> Vald/alev/linn ..... Maakond ..... Tn./küla ..... maja ..... krt. ....												
Varem diagnoositud pahaloomulised kasvajad Millises organis ..... Kus diagnoositud või ravitud ..... Kuupäev .....														
<b>DIAGNOOS</b> (üksikasjaline paige) Diagnoosimise aeg <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">päev</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">kuu</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%; text-align: center;">aasta</td> </tr> </table>			päev	kuu	aasta									
päev	kuu	aasta												
Diagnoosi kinnitanud uurimismeetodid <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           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         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           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         </td> </tr> </table>			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										
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													
Morfoloogiline diagnoos ja pahaloomulisuse aste <span style="float: right;"> _ _ _ _  kood</span>														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>LEVIK</b></td> <td style="width: 10%;">1 <input type="checkbox"/> In situ</td> <td style="width: 30%;">3 <input type="checkbox"/> Metastaseerunud <b>ainult</b></td> <td style="width: 30%;">6 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud protsess, täpsed andmed puuduvad</td> </tr> <tr> <td>  Stadium: .....</td> <td>2 <input type="checkbox"/> Lokaalne</td> <td>  regionaalsetesse lümfisõlmedesse</td> <td>  7 <input type="checkbox"/> Määratlemata</td> </tr> <tr> <td>  T    N    M</td> <td>4 <input type="checkbox"/> Levik naaberorganitesse</td> <td>  5 <input type="checkbox"/> Kaugmetastaasid</td> <td></td> </tr> </table>			<b>LEVIK</b>	1 <input type="checkbox"/> In situ	3 <input type="checkbox"/> Metastaseerunud <b>ainult</b>	6 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud protsess, täpsed andmed puuduvad	Stadium: .....	2 <input type="checkbox"/> Lokaalne	regionaalsetesse lümfisõlmedesse	7 <input type="checkbox"/> Määratlemata	T    N    M	4 <input type="checkbox"/> Levik naaberorganitesse	5 <input type="checkbox"/> Kaugmetastaasid	
<b>LEVIK</b>	1 <input type="checkbox"/> In situ	3 <input type="checkbox"/> Metastaseerunud <b>ainult</b>	6 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud protsess, täpsed andmed puuduvad											
Stadium: .....	2 <input type="checkbox"/> Lokaalne	regionaalsetesse lümfisõlmedesse	7 <input type="checkbox"/> Määratlemata											
T    N    M	4 <input type="checkbox"/> Levik naaberorganitesse	5 <input type="checkbox"/> Kaugmetastaasid												
<b>RAVI</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;">           1 <input type="checkbox"/> <b>Kirurgiline ravi</b>              1 <input type="checkbox"/> Radikaalne              2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne              3 <input type="checkbox"/> Määratlemata             2 <input type="checkbox"/> <b>Kiiritusravi</b>              1 <input type="checkbox"/> Radikaalne              2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne              3 <input type="checkbox"/> Määratlemata             3 <input type="checkbox"/> <b>Keemiaravi</b>             4 <input type="checkbox"/> <b>Hormoonravi</b>             5 <input type="checkbox"/> <b>Muu ravi</b>             6 <input type="checkbox"/> <b>Ei saanud eriravi</b>              1 <input type="checkbox"/> Kõrge vanus või kaasuvad haigused              2 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud kasvaja              3 <input type="checkbox"/> Haige keeldumine             7 <input type="checkbox"/> <b>Andmed ravi kohta puuduvad</b> </td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;">           Tervishoiuasutus ..... Kuupäev .....            Operatsioon .....            Tervishoiuasutus ..... Kuupäev .....            Kiiritusdoos ja meetod .....            Tervishoiuasutus ..... Kuupäev .....            Milline ravi .....            Tervishoiuasutus ..... Kuupäev .....            Milline ravi .....            Tervishoiuasutus ..... Kuupäev .....            Milline ravi .....            4 <input type="checkbox"/> Suunatud teise tervishoiuasutusse (kuhu) .....            5 <input type="checkbox"/> Muu põhjus (milline) .....            Andmete esitaja nimi..... Ametikoht.....            Tervishoiutöötaja kood.....Telefon .....            Tervishoiuasutus.....Kuupäev .....            Allkiri .....         </td> </tr> </table>			1 <input type="checkbox"/> <b>Kirurgiline ravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata  2 <input type="checkbox"/> <b>Kiiritusravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata  3 <input type="checkbox"/> <b>Keemiaravi</b>  4 <input type="checkbox"/> <b>Hormoonravi</b>  5 <input type="checkbox"/> <b>Muu ravi</b>  6 <input type="checkbox"/> <b>Ei saanud eriravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Kõrge vanus või kaasuvad haigused 2 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud kasvaja 3 <input type="checkbox"/> Haige keeldumine  7 <input type="checkbox"/> <b>Andmed ravi kohta puuduvad</b>	Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Operatsioon ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Kiiritusdoos ja meetod ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... 4 <input type="checkbox"/> Suunatud teise tervishoiuasutusse (kuhu) ..... 5 <input type="checkbox"/> Muu põhjus (milline) ..... Andmete esitaja nimi..... Ametikoht..... Tervishoiutöötaja kood.....Telefon ..... Tervishoiuasutus.....Kuupäev ..... Allkiri .....										
1 <input type="checkbox"/> <b>Kirurgiline ravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata  2 <input type="checkbox"/> <b>Kiiritusravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Radikaalne 2 <input type="checkbox"/> Palliatiivne 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata  3 <input type="checkbox"/> <b>Keemiaravi</b>  4 <input type="checkbox"/> <b>Hormoonravi</b>  5 <input type="checkbox"/> <b>Muu ravi</b>  6 <input type="checkbox"/> <b>Ei saanud eriravi</b> 1 <input type="checkbox"/> Kõrge vanus või kaasuvad haigused 2 <input type="checkbox"/> Kaugelearenenud kasvaja 3 <input type="checkbox"/> Haige keeldumine  7 <input type="checkbox"/> <b>Andmed ravi kohta puuduvad</b>	Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Operatsioon ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Kiiritusdoos ja meetod ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... Tervishoiuasutus ..... Kuupäev ..... Milline ravi ..... 4 <input type="checkbox"/> Suunatud teise tervishoiuasutusse (kuhu) ..... 5 <input type="checkbox"/> Muu põhjus (milline) ..... Andmete esitaja nimi..... Ametikoht..... Tervishoiutöötaja kood.....Telefon ..... Tervishoiuasutus.....Kuupäev ..... Allkiri .....													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;"> <b>Surmaaeg</b>  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">päev</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">kuu</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%; text-align: center;">aasta</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 60%; padding: 5px;">           Tervishoiuasutus.....Kuupäev .....            Allkiri .....         </td> </tr> </table>			<b>Surmaaeg</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">päev</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">kuu</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%; text-align: center;">aasta</td> </tr> </table>	päev	kuu	aasta	Tervishoiuasutus.....Kuupäev ..... Allkiri .....							
<b>Surmaaeg</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">päev</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">kuu</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 60%; text-align: center;">aasta</td> </tr> </table>	päev	kuu	aasta	Tervishoiuasutus.....Kuupäev ..... Allkiri .....										
päev	kuu	aasta												