



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ BAŞKANLIĞI



<b>Hastane Adı</b> :	Kodu :	Birimi :	MKKN :
<b>T.C. Kimlik No</b> :	Yaşı :	<b>TANI YÖNTEMİ</b>	
Soyadı Adı :		Mikroskopik	
Baba Adı :		<input type="checkbox"/> 00 Mikros, BBT	
Doğum Yeri :	Doğum Tarihi : ..../.../....	<input type="checkbox"/> 01 Hist. Primer	
Cinsiyeti :	Sosyal Güvenlik No :	<input type="checkbox"/> 02 Hist. metas	
Sürekli Oturduğu Adres :		<input type="checkbox"/> 04 Sito / Hemato	
Telefon :		Mikroskopik olmayan	
<b>TANI AŞAMALARI</b>	Hast.Kayıt no :	<input type="checkbox"/> 05 Spesif Tm Mark.	
Fizik Bakı : ..../.../200..	KK Birim no :	<input type="checkbox"/> 6a Tanısal Cerrahi*	
	Klinik Prot.no :	<input type="checkbox"/> 6b Klnk. Araştır**	
	Giriş Tarihi :	<input type="checkbox"/> 07 Klnk. Muayene	
	Çıkış Tarihi :	<input type="checkbox"/> 08 Ölüm Bildirimi	
		<input type="checkbox"/> 09 Bilinmiyor	
Radyoloji Bulguları : ..../.../200..		* Eks.laparotomi, Endoskopik yöntem vb. ** Radyoloji , USG, BT, MR	
		<b>SEER Özet Evre</b>	
		<input type="checkbox"/> 00 İn Situ	
		<input type="checkbox"/> 01 Lokalize	
		<input type="checkbox"/> 02 Bölğ.Doğ.Yay	
		<input type="checkbox"/> 03 Bölğ.Lenf Nodu	
		<input type="checkbox"/> 04 Bölğ, 2+3	
		<input type="checkbox"/> 05 Bölge BBT	
		<input type="checkbox"/> 07 Uzak / Yaygın	
		<input type="checkbox"/> 09 Bilinmiyor	
Cerrahi Girişim Bulguları : ..../.../200..		<b>Özetlenmiş TNM</b>	
		T ___ N ___ M ___	
		<input type="checkbox"/> 0 İn situ	
		<input type="checkbox"/> 1 Lokalize Tm.	
		<input type="checkbox"/> 2 Lokal Yayl.Tm.	
		<input type="checkbox"/> 3 Bölğ.Yayl.Tm.	
		<input type="checkbox"/> 4 İlerlemiş Kanser	
		<input type="checkbox"/> Metastatik	
		<input type="checkbox"/> Non-rezekt	
		<input type="checkbox"/> 9 Bilinmiyor	
Laboratuvar Bulguları : ..../.../200..		<b>TANI TARİHİ :</b>	
Tümör Marker : ..../.../200..		Topografi :	
		C : ..../.../....	
		Histoloji :	
		M : ..../.../....	
		<b>Lateralite</b>	
		<input type="checkbox"/> 0 Gerekless <input type="checkbox"/> 3 Tek taraf (Sağ? - Sol?)	
		<input type="checkbox"/> 1 Sağ <input type="checkbox"/> 4 Sağ + Sol	
		<input type="checkbox"/> 2 Sol <input type="checkbox"/> 9 Bilinmiyor	
		<b>Çoğul Primer</b>	
		<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır	
		Tümör Sıra No :	
		<b>TEDAVİ</b>	
		<input type="checkbox"/> 1 Yapıldı <input type="checkbox"/> 3 Yapılmadı <input type="checkbox"/> 9 Bilinmiyor	
		İlk Tedavi Tipi : ..../.../....	
		İlk tedavi tarihi : ..../.../....	
		Cerrahi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
		Radyoterapi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
		Kemoterapi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
		Hormonoterapi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
		İmmunoterapi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
		Diğer Tedavi : ..../.../....	
		(Kod : Yapıldı "1", yapılmadı "2", önerildi "3", palyatif "4", bilinmiyor "9")	
		Durumu : <input type="checkbox"/> 1 Yaşıyor <input type="checkbox"/> 2 Vefat ..../.../....	
		Son İzlem Tarihi : ..../.../....	
		İlk tanı yeri :	
		İzleyen doktoru :	
Kayıt Elmanı :	Kod :	Kayıt Tarihi :	