

فرم ثبت سرطان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بسمه تعالی

برنامه ثبت کانسر مبتنی بر جمعیت دانشگاه علوم پزشکی گیلان و خدمات بهداشتی استان گیلان

فرم استاندارد ثبت بیماران کانسر

مشخصات بیمار

کد ملی: _____ نام: _____ نام خانوادگی: _____

نام پدر: _____ جنس: ☐ مرد ☐ زن تاریخ تولد: ____/____/____ سن: _____

آدرس محل سکونت بیمار: استان _____ شهر/روستا _____ سایر جزئیات _____

شماره تلفن ثابت: _____ شماره موبایل: _____

محل تولد بیمار: استان _____ شهر/روستا _____

ملیت: ☐ ایرانی ☐ سایر _____ قومیت: _____

درمانهای انجام شده: ☐ جراحی ☐ شیمی درمانی ☐ اشعه درمانی ☐ ایمنی درمانی ☐ هورمون درمانی ☐ درمان تسکینی

تاریخ آخرین تماس: _____ وضعیت حیاتی: ☐ زنده ☐ فوت شده ☐ علت فوت: سرطان ☐ سایر ☐

مشخصات تومور

روش تشخیص: ☐ فقط بر اساس گرامی فوت ☐ صرفاً بالینی ☐ ارزیابی کلیکی ☐ تومور مارکرهای خاص ☐ سیتولوژی ☐ هیستولوژی

تاریخ بروز: _____ عضو محل نمونه برداری: _____

محل تومور اولیه (توبوگرافی): _____ Code: C _____

نوع هیستولوژی (Morphology) و رفتار (Behavior) تومور: _____ Code: M _____

درجه (Grade) تومور: _____

ماهیت تومور: _____

مرحله پاتولوژیک تومور: _____

مرحله بالینی تومور: _____

Stage M: ☐ متاستاز Stage N: ☐ منطقه ای (Regional) Stage T: ☐ موضعی (Localized)

مشخصات منبع گزارش

نام دانشگاه: _____ نام مرکز: _____

تاریخ مراجعه/بذیرش نمونه: _____ شماره پرونده/نمونه: _____

لکته مهم: کلیه اطلاعات این فرم مشمول استانداردهای محرمانگی و حفظ اسرار بیمار می باشد.

آدرس دبیرخانه ثبت سرطان دانشگاه: رشت - خیابان آزادگان - معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تلفن تماس: ۰۱۳-۳۳۳۲۰۰۰۴ پست الکترونیک: Cancer@gums.ac.ir