

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

«Основная учетно-отчетная документация в онкологии. Заполнение»



Проверил Жанпейсов К.Ж

Выполнил: Берикбай Н. 626 гр

- ◎ Медицинский учет отражает объем и характер работы учреждений здравоохранения и необходим для планирования мероприятий по улучшению состояния здоровья и оказания медпомощи населению, оценки качества и эффективности деятельности медицинских учреждений, обеспечения медико-статистической информацией органов управления здравоохранением различных уровней.

- ◎ Данные об этапах лечения больного злокачественным новообразованием, динамике его состояния отражаются в учетной медицинской документации на онкологического больного. Основными оперативными медицинскими документами, заполняемыми на больных злокачественными новообразованиями и служащими основными источниками информации, поступающей в раковый регистр, являются следующие документы:
- ◎ 1. "Медицинская карта амбулаторного больного" (форма N 025/У).
- ◎ 2. "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" (ф. N 090/У).
- ◎ 3. "Талон дополнений к контрольной карте диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием" (ф. N 030-6/ТД).
- ◎ 4. "Медицинская карта стационарного больного" (ф. N 003/У).
- ◎ 5. Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" (ф. N 027-1/У).

«Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» (форма 027-1/у-03)

- заполняется на больных злокачественными опухолями (включая новообразования *in situ*) лечащим врачом после завершения лечения в стационаре.
- Выписка служит для динамического наблюдения за состоянием пациента со злокачественным новообразованием в онкологических диспансерах (отделениях, кабинетах), для полноты учета вновь возникших случаев злокачественного новообразования и изучения отдаленных результатов лечения.

- Следует заполнять все в 2 экземплярах. Один из них прилагается к Медицинской карте, другой направляется в онкологический диспансер территориального (областного, республиканского, районного) уровня по месту постоянного жительства больного
- Срок хранения выписки - пять лет.

**ПРОТОКОЛ <*>
НА СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЫ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
(КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА IV)**

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте стационарного больного /амбулаторной карте/, второй пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного)

- N медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты) 15689
01. Составлен лечебным учреждением (название, адрес) 1-я Гор. больница им. Пирогова
г. Москва, ул. Пушкина д.50
02. Фамилия Иванов
Имя Иван
Отчество Иванович
03. Дата рождения: число 20 месяц мая год 1950
04. Пол: мужской; женский; неизвестен;
05. Домашний адрес: область, край, республика Московская обл. район _____
населенный пункт г. Москва улица Ленина дом N 11
кв. N 101 почтовый индекс 0123456 телефон +7 (495) 984-96-58
06. Основной диагноз
- 06.1 Локализация опухоли контралатеральное поле зрения
- 06.2 Морфологический тип опухоли Опухоль нервной системы и оболочек мозга
- 06.3 Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T(0-4x) 1 N(0-3, x) 1
M(0-1, x) 1
- 06.4 Стадия опухолевого процесса:
01 - 3a 03 - 3c 05 - 4a 07 - 4c 09 - неприменимо
02 - 3b 04 - 3 стадия 06 - 4b 08 - 4 стадия 10 - неизвестно
07. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
01 - отдаленные лимфатич. узлы 04 - легкие и/или плевра 08 - яичники 12 - множественные
02 - кости 05 - головной мозг 09 - брюшина 00 - неизвестна
03 - печень 06 - кожа 10 - костный мозг
07 - почки 11 - другие органы
08. Метод подтверждения диагноза:
1 - морфологический 3 - эксплоративная операция 5 - только клинический
2 - цитологический 4 - лабораторно - инструментальный 0 - неизвестен
09. Дата установления запущенности рака: число 1 месяц сентября год 2013
10. Дата появления первых признаков заболевания: число 1 месяц августа год 2013
11. Первое обращение больного за медицинской помощью по поводу заболевания:
число 5 месяц августа год 2013 г. в какое лечебное учреждение (название, адрес): 1-я Гор. больница им. Пирогова, г. Москва, ул. Пушкина д.50
12. Дата установления первичного диагноза злокачественного новообразования:
число 10 месяц августа год 2013 учреждение, где впервые был установлен диагноз рака (название, адрес): 1-я Гор. больница им. Пирогова, г. Москва, ул. Пушкина д.50

«Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования» (форма 090/у-03)

- ⦿ — составляется всеми врачами в организациях здравоохранения на каждый случай впервые в жизни установленного у больного злокачественного новообразования (включая новообразования *in situ*), выявленного на любом уровне лечебного и диагностического процесса..
Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологический диспансер по месту постоянного проживания больного.

- ⦿ Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе:
- ⦿ - на больных, самостоятельно обратившихся в лечебно - профилактическое учреждение за медицинской помощью;
- ⦿ - на больных, выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- ⦿ - на больных, выявленных при медицинском освидетельствовании;
- ⦿ - на больных, выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- ⦿ - на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен на вскрытии;
- ⦿ - на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен после смерти.

- Извещение является сигнальным документом, на основании которого данные о больном вносятся в базу данных территориального популяционного ракового регистра, в "Контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием" (ф. N 030-6/У), в "Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием" (ф. N 30-6/ГРР), за больным устанавливается диспансерное наблюдение.

Наименование учреждения
(штамп)

Форма № 090/У Утв. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 г. № 135

**ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ
ДИАГНОЗОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ**

01. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение _____

02. Извещение направлено в _____

03. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ больного

04. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

05. Пол: мужской, женский, неизвестен;

06. Этническая группа _____

07. Домашний адрес: область, край, республика _____ район _____

населенный пункт _____ улица _____ дом № _____ кв. № _____

почтовый индекс _____ телефон _____

08. Житель: города; села; неизвестно

09. Профессиональная группа: _____

указать профессию, преобладавшую в течение жизни

10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу данного заболевания:

число _____ месяц _____ год _____

11. Дата установления диагноза: число _____ месяц _____ год _____

12. Порядковый номер данной злокачественной опухоли у данного больного _____

13. Локализация опухоли _____

14. Морфологический тип опухоли _____

15. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T (0-4,x) _____ N (0-3,x) _____ M (0,1,x) _____

16. Стадия опухолевого процесса:

Ia IIa IIIa IVa In situ

Ib IIб IIIб IVб неприменимо

Ic IIc IIIc IVc неизвестно

I стадия II стадия III стадия IV стадия

17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

отдаленные лимфатич. узлы кожа другие органы

кости почки множественные

печень яичники неизвестна

легкие и/или плевра брюшина

головной мозг костный мозг

18. Метод подтверждения диагноза:

морфологический лабораторно-инструментальный

цитологический только клинический

эксплоративная операция неизвестен

19. Обстоятельства выявления опухоли:

обратился сам посмертно при аутопсии

активно, при профосмотре посмертно без аутопсии

активно, в смотровом кабинете неизвестно

при других обстоятельствах

20. В какое медицинское учреждение направлен больной _____

21. Дата заполнения извещения: число _____ месяц _____ год _____

Фамилия, инициалы, телефон врача, заполнившего извещение _____

Подпись врача _____

«Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (форма 027-2/у-03)

- составляется всеми организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь, где впервые был установлен случай злокачественного новообразования в запущенной стадии (заполняются пункты 1-6 протокола). Запущенным считается случай злокачественного новообразования, выявленный в IV стадии, а для визуальных локализаций и в III стадии (губа, язык, десна, дно полости рта, небо, другие отделы рта, миндалины, ротоглотка, прямая кишка, анус и анальный канал, полость носа, меланома кожи, другие новообразования кожи, молочная железа, вульва, влагалище, шейка матки, половой член, яичко, глаз, щитовидная железа). Заполненный протокол направляется в онкологический диспансер по месту постоянного проживания больного. В свою очередь онкологический диспансер направляет протокол в территориальное медицинское объединение по месту жительства больного для разбора на противораковой комиссии, выяснения причины поздней диагностики заболевания и заполнения протокола (заполняются пункты 7-10 протокола). Заполненный протокол отсылается обратно в онкологический диспансер.

- ⦿ В Протоколе отражаются в хронологическом порядке этапы обращения больного в лечебные учреждения любого уровня подчиненности, специализации и формы собственности со дня первичного обращения за медицинской помощью. Указываются лечебные учреждения, по вине которых произошла задержка в установлении своевременного диагноза злокачественной опухоли и начала специального лечения, а также указываются практические предложения и организационные выводы.

Наименование учреждения
(штамп)

Ф. N 027-2/У

Медицинская документация

Утверждена МЗ Российской Федерации
19 апреля 1999 г. N 135

**ПРОТОКОЛ <*>
НА СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЫ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
(КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА IV)**

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте стационарного больного /амбулаторной карте/, второй пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного)

- N медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты) _____
01. Составлен лечебным учреждением (название, адрес) _____
02. Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
03. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
04. Пол: мужской; женский; неизвестен;
05. Домашний адрес: область, край, республика _____ район _____
населенный пункт _____ улица _____ дом N _____
кв. N _____ почтовый индекс _____ телефон _____
06. Основной диагноз
- 06.1 Локализация опухоли _____
- 06.2 Морфологический тип опухоли _____
- 06.3 Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T(0-4x) _____ N(0-3,x) _____ M(0-1,x) _____
- 06.4 Стадия опухолевого процесса:
- | | | | | |
|---------|---------------|---------|---------------|------------------|
| 01 - 3a | 03 - 3c | 05 - 4a | 07 - 4c | 09 - неприменимо |
| 02 - 3b | 04 - 3 стадия | 06 - 4b | 08 - 4 стадия | 10 - неизвестно |
07. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| 01 - отдаленные лимфатич. узлы | 04 - легкие и/или плевра | 08 - яичники | 12 - множественные |
| 02 - кости | 05 - головной мозг | 09 - брюшина | 00 - неизвестна |
| 03 - печень | 06 - кожа | 10 - костный мозг | |
| | 07 - почки | 11 - другие органы | |
08. Метод подтверждения диагноза:
- | | | |
|---------------------|------------------------------------|------------------------|
| 1 - морфологический | 3 - эксплоративная операция | 5 - только клинический |
| 2 - цитологический | 4 - лабораторно - инструментальный | 0 - неизвестен |
09. Дата установления запущенности рака: число _____ месяц _____ год _____
10. Дата появления первых признаков заболевания: число _____ месяц _____ год _____
11. Первое обращение больного за медицинской помощью по поводу заболевания: число _____ месяц _____ год _____ в какое лечебное учреждение (название, адрес): _____
12. Дата установления первичного диагноза злокачественного новообразования: число _____ месяц _____ год _____ учреждение, где впервые был установлен диагноз рака (название, адрес): _____

«Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)» (форма 030/у-03-онко)

- —используется для учёта онкологических больных и диспансерного наблюдения за ними, составления отчётов о больных злокачественными новообразованиями в онкологических кабинетах территориальных медицинских объединений. Кроме того, контрольная карта служит для учёта больных заболеваниями, подозрительными на злокачественные (клиническая группа Ia), а также предопухолевыми заболеваниями (клиническая группа 1б).
- Источниками сведений для заполнения Контрольных карт являются: "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" (ф. N 090/У), "Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" (ф. N 027-1/У), "Медицинская карта амбулаторного больного" (ф. N 025/У), "Медицинская карта стационарного больного" (ф. N 003/У) и другая первичная медицинская документация.

- ◎ Контрольные карты являются основным источником информации при составлении годовых статистических отчетов территориального онкологического учреждения по форме N 7 "Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями" и форме N 35 "Отчет о больных злокачественными новообразованиями".
- ◎ Контрольные карты заполняются на всех больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования (в том числе на больных с диагнозом, установленным ранее; больных с диагнозом, установленным посмертно), проживающих в районе обслуживания онкологического учреждения.

- Раздел "Лечение" Контрольной карты содержит базовую информацию о специальном лечении, которое проводилось (проводится) по поводу данного злокачественного новообразования. Внесение информации о проводимом лечении может происходить поэтапно, в хронологическом порядке по мере проведения циклов лечения. В ряде случаев заполнение всех пунктов Контрольной карты, касающихся лечения данного злокачественного новообразования, возможно одномоментно (например, при поступлении "Выписки из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием", ф. N 027-1/У, данные которой свидетельствуют о проведении специального лечения в полном объеме). Следует оценивать характер и объем лечения в целом, независимо от того, проводились ли отдельные его этапы в одном медицинском учреждении или разных медицинских учреждениях.



"Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием"

- составляется и хранится в онкологическом учреждении, осуществляющем учет и диспансеризацию больных злокачественными новообразованиями
- Заполнение Регистрационных карт обеспечивает сбор и хранение стандартизированной информации о больных злокачественными новообразованиями на бумажных носителях для контроля за состоянием их здоровья и процессом специального лечения. Регистрационная карта ориентирована на внесение содержащихся в ней сведений о больном злокачественным новообразованием в базу данных популяционного ракового регистра административной территории

- Регистрационная карта должна быть заполнена в трехдневный срок с момента получения онкологическим учреждением сигнальной информации о выявлении у больного злокачественного новообразования являющейся основанием для взятия больного на диспансерный учет.
- Архивный срок хранения Регистрационных карт - не менее 10 лет.
- Каждой Регистрационной карте присваивается постоянный порядковый номер. Порядковый номер Регистрационной карты должен соответствовать очередности взятия больного на учет в отчетном году. В случае снятия больного с учета номер его Регистрационной карты в текущем году повторно не используется.

"Талон дополнений к контрольной карте диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием"

- Талон используется в качестве промежуточного носителя информации для внесения дополнительных данных об онкологическом больном в "Контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием" (ф. N 030-6/У) и "Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием" (ф. N 030-6/ГРР).
- Талон заполняется врачом медицинского учреждения, осуществляющего диспансерное наблюдение больного, в день прохождения последним очередного осмотра, осуществления патронажа больного на дому или получения информации о его состоянии из других источников и подлежит передаче в организационно - методический кабинет (отдел) или популяционный раковый регистр территориального уровня в трехдневный срок.

Спасибо за внимание!

