

## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KARTY ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO (KZNZ)

### Zasady ogólne

Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego MZ/N-1a służy do zgłaszania wykrytych przypadków nowotworów złośliwych oraz raka *in situ* przez placówki publicznej i niepublicznej służby zdrowia na terenie Polski. Kartę należy wypełniać:

- przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu;
- przy wizytach kontrolnych, w czasie których zostanie stwierdzona zmiana mająca związek z rozpoznaną chorobą;
- na podstawie aktu zgonu, jeśli przyczyną zgonu był nowotwór złośliwy.

Zgłoszeniu podlegają choroby nowotworowe oznaczone w X rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych numerami COO-C97 oraz DOO-D09.

### Zasady wypełniania karty

Kartę należy wypełniać czytelnie czarnym lub niebieskim długopisem, używając drukowanych liter, a pola kodowe zaznaczać **symbolem X** wewnątrz obszaru pola. **Nie należy wypełniać pól oznaczonych szarym kolorem (nr 2, 11, 25, 29, 38).**

### Opis poszczególnych pól:

1. Należy zaznaczyć, czy pacjent ma wypełnianą kartę KZNZ po raz pierwszy, czy jest to jego kolejna karta.
2. Nie wypełniać (wypełnia regionalny rejestr onkologiczny).
3. Należy wstawić nazwę lub stempel placówki zgłaszającej oraz wpisać jej numer REGON.
4. Należy wpisać pełny numer PESEL.
5. Należy wpisać datę urodzenia według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
6. Należy zaznaczyć znakiem X odpowiednią płeć.
7. Należy wpisać aktualne nazwisko pacjenta.
8. Należy wpisać imię (imiona) pacjenta.
9. Przy zmianie nazwiska należy podać również nazwisko, które pacjent/ka nosił/a w czasie postawienia pierwszej diagnozy czy poprzednich zgłoszeń.
10. Należy wpisać miejscowość, w której pacjent jest zameldowany na stałe.
11. Nie wypełniać (wypełnia Rejestr Nowotworów Złośliwych).
12. Należy wpisać ulicę, nr domu i mieszkania pacjenta w miejscu zameldowania.
13. Należy wpisać gminę, w której leży miejscowość wpisana w polu 10.
14. Należy wpisać powiat, w którym leży miejscowość wpisana w polu 10.
15. Należy wpisać województwo, w którym leży miejscowość wpisana w polu 10.
16. Należy zaznaczyć znakiem X rodzaj wykonywanego zajęcia (zawodu).
17. Należy zaznaczyć znakiem X wykształcenie pacjenta.
18. Należy wpisać datę rozpoznania nowotworu według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
19. Należy wpisać datę porady ambulatoryjnej według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
20. Należy wpisać datę przyjęcia do szpitala według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
21. Należy wpisać datę wypisu ze szpitala według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
22. Należy wpisać datę zgonu pacjenta według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
23. Należy zaznaczyć znakiem X miejsce zgonu pacjenta (hospicjum należy do kategorii „inne”).
24. Należy zaznaczyć znakiem X przyczynę zgonu pacjenta.
25. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie kliniczne z dokładnym umiejscowieniem nowotworu (także tkanki krwiotwórczej i układu chłonnego), precyzując - czy chodzi o umiejscowienie pierwotne czy przerzut, a pierwotny punkt wyjścia nowotworu jest nieznany.
26. Należy zaznaczyć, czy rozpoznany nowotwór jest pierwszym nowotworem, czy jest to kolejny różny histologicznie nowotwór. Nie należy zakreślać pól w wypadku przerzutów.
27. W wypadku nowotworów umiejscowionych w narządach parzystych należy podać stronę ciała pacjenta, po której znajduje się nowotwór.
28. Pola kodowego nie wypełniać. W miejscu na opis należy wpisać rozpoznanie histopatologiczne.
29. Jeżeli chory nie miał badania histopatologicznego, w polu należy zakreślić "nie pobrano materiału do badania". Jeżeli nie otrzymano jeszcze wyniku badania, należy zakreślić "pobrano wycinek - badanie w toku". Jeżeli wynik badania był ujemny, należy zakreślić "wynik negatywny", zaś jeśli badanie potwierdziło występowanie nowotworu należy zakreślić "wynik pozytywny" i podać pełne rozpoznanie histopatologiczne.
30. Należy zakreślić stadium zaawansowania choroby nowotworowej w klasyfikacji TNM.
31. Jeśli diagnostyka TNM nie jest możliwa, należy określić stadium zaawansowania choroby.
32. Jeżeli nie wykonano badania histopatologicznego, należy zakreślić Inne badania, jakie były podstawą do rozpoznania nowotworu. Wskazywanie Innych badań, których rezultat nie posiada istotnej wartości diagnostycznej jest niecelowe. Laparotomię należy zaznaczyć jako operację wywiadowczą.
33. Należy określić, jakie metody leczenia skojarzonego zastosowano u pacjenta (kolejność nieistotna).
34. Należy zakreślić, jakimemu leczeniu przeciwnowotworowemu nieskojarzonemu poddano dotychczas pacjenta. (Operacja wywiadowcza nie jest leczeniem chirurgicznym). Możliwe jest zaznaczenie kilku pól.
35. Należy określić rodzaj leczenia, zaznaczając jedną z przewidzianych na karcie możliwości.
36. Należy wpisać datę wypełnienia karty według ustalonego formatu: rrrr mm dd.
37. Pole na podpis lekarza wypełniającego kartę oraz numer statystyczny lekarza.
38. Nie wypełniać.
39. Czytelny podpis i pieczęć lekarza.