

T.C.
S.B.TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU
KANSER DAİRE BAŞKANLIĞI
KANSER KAYIT BİLGİ FORMU

Hastane Adı :		Kodu :		Birimi :		MKKN :						
T.C. Kimlik No :							TANI TARİHİ :					
Soyadı Adı :	Yaşı :						Topografi :					
Baba Adı :							C : _____ /					
Doğum Yeri :	Doğum Tarihi :											
Cinsiyeti :	Sosyal Güvenlik No :											
Sürekli Oturduğu Adres :							Histoloji :					
Telefon :							M : _____ /					
Mesleği :												
Gebelik Durumu* :	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Gebelik sayısı**:	Emzirme Süresi***:								
TANI AŞAMALARI :	Hast.Kayıt no :											
Fizik Bakı :	Klinik Prot.no :											
	Giriş Tarihi :											
	Çıkış Tarihi :											
Radyoloji Bulguları :							Lateralite					
							<input type="checkbox"/> Gereksiz	<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				
							Çoğul Primer					
							<input type="checkbox"/> 1 Evet	<input type="checkbox"/> 2 Hayır				
							Tümör Sıra No :					
Endoskopi Bulguları :							TEDAVİ					
							<input type="checkbox"/> 0 Yapılmadı	<input type="checkbox"/> 1 Yapıldı	<input type="checkbox"/> 7 Hasta reddetti	<input type="checkbox"/> 8 Önerildi	<input type="checkbox"/> 9 Bilinmiyor	
							İlk Tedavi Tipi :					
							İlk tedavi tarihi :					
							Cerrahi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
							Radyoterapi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
							Kemoterapi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
							Hormonoterapi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
							İmmunoterapi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
							Diğer Tedavi					
Cerrahi Girişim Bulguları :							Durumu :	<input type="checkbox"/> 1 Yaşiyor	<input type="checkbox"/> 2 Vefat/...../.....		
Patoloji / Sitoloji :							Son İzlem Tarihi :					
							İlk tanı yeri :					
Laboratuvar Bulguları :							İzleyen doktoru					
Tümör Marker :							Kanser Evresi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

Kayıt Elamını : _____ Kod : _____ Kayıt Tarihi : _____

*Hastalık sırasında gebelik olup olmadığına göre işaretlenecektir.

**Formun doldurulduğu tarihe kadar geçen sürede kaç kez gebe kaldığı yazılacaktır.

*** Tüm gebelikleri için ortalama emzirme süresi yazılacaktır.