Затверджено

Наказ МОЗ України

10.01.2006 № 1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** |  |
| Форма первинної облікової документації |
|  | Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **№ 090/о** |  |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ МОЗ України |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | Ідентифікаційний код ЄДРПОУ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | № | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ПОВІДОМЛЕННЯ**про хворого у вперше в житті встановленним діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення |
|  | **"** |  | **"** |  | **20** |  | **року** |
|  |  |  | (дата заповнення) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Місцезнаходження та заклад, куди направлено повідомлення |  |  |
|  |  | (найменування закладу охорони здоров’я) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 1. Прізвище, ім’я, по батькові хворого |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 2. Стать: чоловіча – 1. жіноча – 2  |  | 3. Дата народження  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (число, | місяць, | рік) |  |  |
|  |  |  |
|  | 4. Місце проживання (поштова адреса) хворого |  |  |
|  |  | (країна, область, район, населений пункт, вулиця, буд. №, кв. №) |  |
|  |  |  |
|  |  |  | 5. Житель: міста – 1, села - 2 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 6. Місце роботи (спеціальність) |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 7. Група первинного обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС: ліквідатори – 1; евакуйовані – 2; населення, що проживає на території радіоекологічного контролю – 3; діти, які народились від батьків 1-3 груп первинного обліку, - 4 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 8. Діагноз |  |  |  |
|  |  | (уточнений, із зазначенням локалізації первинної пухлини та рецидиву захворювання) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 9. Діагноз підтверджений: гістологічно – 1, цитологічно – 2, рентгенологічно – 3, ендоскопічно – 4, радіоізотопним методом – 5, клінічним – 6, іншим - 7 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 10. Дата встановлення діагнозу |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (число, | місяць, | рік) |  |  |
|  |  |  |
|  | 11. Обставини виявлення захворювання: при зверненні – 1, в оглядовому кабінеті – 2, при інших видах профогляду – 3, посмертно (без розтину) – 4, посмертно (на розтині) – 5 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 12. Найменування та місцезнаходження закладу , куди направлений хворий  |  |  |
|  |  | (найменування закладу охорони здоров’я) |  |
|  |  |  |  |
|  | 13.Дата відправлення повідомлення **"\_\_\_\_\_\_ "** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_р. |  |  |
|  | **Прізвище, ім’я, по батькові лікаря, який заповнив повідомлення** |  |  |  |
|  |  | (підпис) |  |  |
|  |  |  |

**Начальник Центру**

**медичної статистики МОЗ України М.В. Голубчиков**