

კიბოს რეგისტრის ფორმა

I. პაციენტი

გვარი

სახელი

დაბადების თარიღი:

--	--	--	--	--	--	--	--

პ/ნ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

სამუშაო ადგილი:

დ დ თ თ წ წ წ წ

სქესი

მამრ	მდედრ	უცნობი
------	-------	--------

სკრინინგში მონაწილეობა:

კი	არა
----	-----

II. მეთვალყურეობა

ბოლო კონტაქტის თარიღი:

მკურნალობა:

სტატუსი :

- ქირურგიული მკურნალობა
- რადიოთერაპია
- მედიკამენტური თერაპია
- პალიატიური მკურნალობა
- იოდოთერაპია
- სხვა მკურნალობა

- ცოცხალი
- გარდაიცვალა

გარდაცვალების თარიღი:

III. პაციენტი

ასაკი:

მისამართი:

IV. სიმსივნე

დიაგნოზის დადგენის თარიღი :

დიაგნოზი:

pT _____ N _____ M _____

სტადია

მხარეობა:

- მარცხენა
- მარჯვენა
- უცნობია

M-----/---

ჰისტო/მორფოლოგია:

დიაგნოზი დადასტურებულია:

- გარდაცვალების ცნობა
- მხოლოდ კლინიკურად
- რადიოლოგიური კვლევა
- ქირურგია
- ლაბორატორიული კვლევებით
- ციტოლოგიურად
- მეტასტაზის ჰისტოლოგიით
- ჰისტომორფოლოგიურად
- აუტოფსიით
- უცნობია

ქცევა:

- 0 კეთილთვისებიანი
- 1 გაურკვეველი
- 2 პრეინვაზიური - *In situ*
- 3 ავთვისებიანი
- 6 მეტასტაზური
- 9 უცნობი

დიფერენცირების ხარისხი:

- G1 მაღალდიფერენცირებული
- G2 საშუალოდიფერენცირებული
- G3 დაბალდიფერენცირებული
- G4 არადიფერენცირებული
- G9 უცნობია

ლაბორატორიის დასახელება

შემთხვევის №

წარმომდგენი დაწესებულება

ექიმის გვარი, სახელი

ექიმის ხელმოწერა

თარიღი
