

**779****ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW**

z dnia 8 czerwca 2007 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2007**

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 grudnia 2006 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2007 (Dz. U. Nr 245, poz. 1781 oraz z 2007 r. Nr 37, poz. 238) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 19:

a) po pkt 36 dodaje się pkt 36a w brzmieniu:

„36a) MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego;”,

b) po pkt 37 dodaje się pkt 37a w brzmieniu:

„37a) MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna;”;

2) w załączniku nr 3 do rozporządzenia:

a) po wzorze formularza MZ-101 — roczne sprawozdanie o wybranej aparaturze medycznej dodaje się wzór formularza MZ/N-1a — karta zgłoszenia nowotworu złośliwego w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,

b) po wzorze formularza MZ/Szp-11 — karta statystyczna szpitalna ogólna dodaje się wzór formularza MZ/Szp-11B — karta statystyczna psychiatryczna w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *J. Kaczyński*

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217.



## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KARTY ZGŁOSZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

### 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 całego kraju.

Kartę należy wypełniać:

- przy pierwszym rozpoznaniu lub podejrzeniu nowotworu,
- przy wizytach kontrolnych, w czasie których zostanie stwierdzona zmiana mająca związek z leczeniem lub postępem choroby,
- 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 C00-C97 oraz D00-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).**

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

Formularz MZ/Szp-11B  
**KARTA STATYSTYCZNA PSYCHIATRYCZNA**

1. Zakład .....

3. Nazwisko   Imię    
**Uwaga!** W kratki powyżej proszę wpisać dwie pierwsze litery nazwiska i dwie pierwsze litery imienia

2. Symbol zakładu nadany przez IPiN

4. Płeć

|  |               |         |       |  |                      |
|--|---------------|---------|-------|--|----------------------|
| 5. Data urodzenia .....                                | rok           | miesiąc | dzień | 13. Skierowany(a) przez .....              |                      |
| 6. Miejsce stałego zamieszkania .....                  | (miejscowość) |         |       | 14. Tryb przyjęcia .....                   |                      |
|  |               |         |       | 15. Wykształcenie .....                    |                      |
| 7. Podstawa płatności .....                            |               |         |       | 16. Z kim mieszka .....                    |                      |
| 8. Po raz który w życiu przyjęty(a) do szpitala psych. |               |         |       | 17. Stopień niepełnosprawności .....       |                      |
| 9. Przyjęty(a) 1 raz do szpitala (oddz.) psych. ....   |               |         |       | 18. Pacjent ubezwłasnowolniony .....       |                      |
| 10. Czas od ostatniego wypisu z oddz. psych. ....      |               |         |       | 19. Wypisany jako .....                    |                      |
| 11. Stan cywilny .....                                 |               |         |       | 20. Wypisany dokąd .....                   |                      |
| 12. Źródło utrzymania .....                            |               |         |       | 21. Obserwacja sądowo-psychiatryczna ..... | art. kk / kc wniośki |

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| 22. Choroba zasadnicza .....      | Nr statyst. |
| 23. Choroba współistniejąca ..... |             |

24. Zabiegi operacyjne i procedury (nr statystyczny)

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |             |
|--|-------------|
| 25. Wyjściowa przyczyna zgonu wg rozpoznania klinicznego ..... | Nr statyst. |
| 26. Przyczyna zgonu wg wyniku sekcji .....                     |             |

27. Data przyjęcia do tutejszej placówki .....

28. Oddziały, w których przebywał pacjent w trakcie ostatniego roku hospitalizacji

| Oddział | Kod oddziału | Data przyjęcia |         |       | Data przeniesienia – wypisu |         |       |
|---------|--------------|----------------|---------|-------|-----------------------------|---------|-------|
|         |              | rok            | miesiąc | dzień | rok                         | miesiąc | dzień |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |
|         |              |                |         |       |                             |         |       |

.....  
 (data)

.....  
 (podpis kierownika komórki dokumentacji chorych)