

INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI DE RAPORTARE A UNUI CAZ NOU DE CANCER

FORMULARUL ONC

Pentru: Diagnosticile raportabile

- a. Toate cancerile in situ (cod de comportament "2") sau maligne / invazive (cod de comportament "3") conform Clasificarii Internationale a Maladiilor pentru Oncologie, Editia a treia (CIM-O-3) a Organizatiei Mondiale a Sanatatii; cu exceptia carcinoamelor bazocelulare ale pielii (excluzând pielea vulvei, penisului și scrotului)
- b. Toate tumorile intracraniene si intraspinale indiferent de comportamentul lor (benign / incert / malign) cu coduri topografice CIM-O-3 C70-C72 si C75.1–C75.3. Sunt exceptate de la raportare leziunile vasculare benigne ale meningelui (hemangioame) si leziunile chistice;
- c. Afectiunile borderline, (cod de comportament "1" conform CIM-O-3) indiferent de topografie.

In urmatoarele situatii: Episoadele raportabile:

- a. Stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer, sau luare in evidenta pentru urmarire si/sau tratament;
- b. Orice revizuire a diagnosticului unei afectiuni raportabile catre o alta categorie diagnostica raportabila;
- c. Diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in-situ catre tumora invaziva;
- d. Infirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;
- e. Finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite in cadrul terapiei initiale;
- f. Decesul cu sau prin cancer;

Cuprinde în esență următorul set minim de date:

1. Unitatea sanitară/secția unde a fost îngrijit pacientul
2. Date despre pacient
 - a. Nume/prenume
 - b. Cod numeric personal
 - c. Data nașterii
 - d. Sex
 - e. Domiciliul (localitate/județ) stabil/flotant
3. Date despre tumoră
 - a. Data diagnosticului
 - b. Baza de înregistrare (metoda cea mai specifică prin care s-a stabilit diagnosticul de cancer)
 - c. Topografia tumorii (localizarea tumorii)
 - d. Morfologia tumorii (rezultatul anatomopatologic)
 - e. Lateralitatea tumorii (pentru organele pereche)
 - f. Stadiul tumorii
 - g. Tratamente aplicate și data debutului lor

Se completează doar câmpurile albe!

Câmpurile marcate în gri sunt neobligatorii, aparținând personalului registrului de cancer.

Formularul de raportare a fost conceput ca un instrument ușor de folosit, prin alegerea și simpla bifare a informației corespunzătoare, chiar dacă la o prima analiză lasă impresia de complexitate.

1. Se va completa unitatea sanitară și secția unde a fost consultat și/sau investigat și/sau diagnosticat și/sau tratat bolnavul
2. Datele personale
 - a. Nume/Prenume – complet și cu majuscule
 - b. CNP – obligatoriu
 - c. Data nașterii
 - d. Sex
3. Domiciliul
 - a. Județ
 - b. Oras/comuna
4. Motivul raportării – se bifează casuța corespunzătoare situației curente
 - a. Caz nou diagnosticat = stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer
 - b. Caz nou luat în evidență = luare în evidență pentru urmărirea și/sau tratament;
 - c. Revizuire diagnostic = orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;
 - d. Progresie = progresia unei leziuni precanceroase sau in-situ către tumora invazivă;
 - e. Infirmare diagnostic raportabil = infirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate
 - f. Finalizare tratament = finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale (terapia stabilită în primele 4 luni de la diagnosticul de cancer)
 - g. Alta tumora primară = apariția unui alt cancer la același pacient
 - h. Deces cu/prin cancer
5. Data diagnosticului – esențială pentru stabilirea datei incidentei, conform recomandărilor ENCR, care este cea mai importantă dată de registru.
În ordinea **descrescătoare** a priorității se va alege:
 - 5.1. Data **primei confirmări histologice/citologice** (cu excepția histologiei sau citologiei la autopsie). Se va alege în ordine descrescătoare:
 - a. **data prelevării** specimenului (data biopsiei)
 - b. **data primirii** de către anatomopatolog
 - c. **data raportului anatomo-patologic**
 - 5.2. Data **primei internări** în spital datorată acestei malignități.
 - 5.3. Pentru pacienții evaluați doar în ambulator: data **primei consultații** cauzată de malignitate
 - 5.4. **Data diagnosticului, alta decât 1, 2 sau 3.**
 - 5.5. **Data decesului**, atunci când nu există alte informații disponibile decât că pacientul a decedat din cauza malignității.
 - 5.6 **Data decesului**, dacă malignitatea este descoperită cu ocazia necropsiei

În cazul în care la adresarea pacientului pentru consultație/internare, prezintă un rezultat anatomopatologic efectuat anterior în alta unitate sanitară, care se referă la aceeași tumoră, este dorit să fie consemnata și această dată la „prima confirmare histo/cito”, alături de data internării/consultației
6. Baza de înregistrare – se alege metoda de diagnostic cu valoarea cea mai mare (de la 0 la 7) conform tabelului următor

COD	DESCRIERE	CRITERIU
0	DCD (declarat prin certificat de deces)	Singura informație este obținută pe baza certificatului de deces
Ne-microscopic		
1	Clinic	Diagnosticul stabilit înaintea decesului, dar fără beneficiul nici uneia din metodele 2 – 7
2	Investigație clinică/paraclinică	Include toate tehnicile diagnostice, radiologice, endoscopice, ultrasonografice, chirurgie exploratorie și autopsie, fără diagnostic histologic
4	Markeri tumorali specifici	Include markeri biochimici și/sau imunologici specifici unei localizări maligne
Microscopic		
5	Citologie	Examinarea celulelor de la nivelul unei localizări primare sau secundare, incluzând aspiratele endoscopice sau prin puncție. Include și examinarea microscopică a frotiului sanguin și a aspiratului medular
6	Examenul histologic al metastazelor	Examinarea histologică a țesutului de la nivelul unei metastaze, inclusiv a pieselor de la autopsie
7	Examinarea histologica a tumorii primare	Examinarea histologică a țesutului de la nivelul unei tumori primare obținut prin toate tehnicile operatorii și biopsie medulară. Include deasemenea piesele obținute la autopsie.
9	Necunoscut	

7. Topografia tumorii primare – se va consemna localizarea tumorii maligne
8. Lateralitatea tumorii primare – pentru organele pereche
9. Morfologia tumorii primare – se va consemna concluzia buletinului histopatologic
10. Comportamentul tumorii primare – vezi lista diagnosticelor raportabile
11. Stadializarea clinica si anatomopatologica, conform ultimei stadializari in vigoare – TNM editia a VI-a
12. Certitudinea stadializarii - se va alege modalitatea prin care a fost stabilit stadiul bolii
 - a. C1 – Metode standard: inspecție, palpare, radiografii standard, endoscopie intraluminală
 - b. C2 – Metode speciale: radiografii în proiecții speciale, tomografii, tomografii computerizate, echografii, limfografii, angiografii, scintigrafii, rezonanță magnetică, endoscopie cu biopsie/citologie
 - c. C3 - Explorare chirurgicală, inclusiv biopsie și citologie
 - d. C4 – Chirurgie definitivă cu examinarea histopatologică a piesei rezecate

- e. C5 – Necropsie pentru cazurile diagnosticate doar la autopsie
- 13. TNM condensat – este un instrument de lucru al registrului de cancer, pentru cazurile nestadializate clinic sau patologice
- 14. Tratamente aplicate – din cadrul terapiei initiale (terapia stabilita in primele 4 luni de la diagnosticul de cancer)
 - a. intentia tratamentului aplicat
 - b. data inceperii fiecarui tip de tratament
- 15. Relatia cu screeningul – pentru tipurile de cancer pentru care exista sau se organizeaza programe de screening (col uterin, mamara, colorectal, prostata), pentru a realiza interfata intre programele de screening si registrele de cancer (instrumentul de evaluare).
 - a. Depistat prin programul organizat de screening
 - b. Cancer de interval – cancerul apărut la un subiect testat (cu rezultat negativ) între două runde de screening
 - c. Alta – ex: cazul depistat oportunist, pe parcursul desfășurării unui program organizat (prin invitarea populației)
- 16. Status vital la ultimul contact – se completeaza doar la nivelul registrului in functie de informatiile primite din diferite surse de date
- 17. Data deces si cauza
- 18. Data ultimei documentari – data ultimei informatii in legatura cu statusul vital al pacientului, daca este alta decat cea a diagnosticului
- 19. Medicul – medicul curant
- 20. Ziua/luna/anul completarii formularului de raportare.

Dr. Daniela Coza
Coordonator Registru Regional de Cancer Nord-Vest
Departamentul de Epidemiologie și Biostatistică
Institutul Oncologic „Prof. Ion Chiricuță”
Str Republicii 34-36
Tel/Fax: 0264 590396
E-mail: dana.coza@iocn.ro