**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ**

**MİLLİ ONKOLOGİYA MƏRKƏZİ**

Ünvan: Bakı, H.Zərdabi küç., 79B Tel: 431-01-93

**XƏSTƏLİK TARİXİNDƏN ÇIXARIŞ (EPİKRİZ) № \_\_\_**

|  |
| --- |
| **DEMOQRAFIK MƏLUMAT** *(\* işarə olunmuş hissələrin doldurulması mütləqdir)* |
| **Xəstənin S.A.A.** *\****Şöbə:**  | **Ambulator kart №***\** **Xəstəlik tarixi (tibbi karta) №***\**  |
| **Doğum tarixi:***\**  **\_\_\_\_ il \_\_\_\_ay \_\_\_\_gün. Yaşı (il)** *\****: \_\_\_\_** **Cinsi\*:** Выберите элемент. **. Qan qrupu***:**.* **Rh faktor***:* | **Şəxsiyyət vəsiqəsi №***\****Milliyəti**: **Çəkisi (kq):***\**  **; Boyu (sm):***\**  **\_** |
| **Yaşayış ünvanı***\****: rayon/şəhər** **küçə, ev № \_\_\_ mən.№** **Yaşadığı ərazi\*:** Выберите элемент. .  | **Telefon:\* ( ) . Mobil: ( )** **E-poçt: (***əgər**varsa***)**  |
| **Keçirdiyi xəstəliklər/Anadangəlmə xəstəliklər**: **.** **Ailədə/qohumlarda xərçəng**: **Dispanserizasiya/Skrininq proqramlarında iştirakı**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **HOSPİTALİZASİYAYA DAİR MƏLUMAT\***  |
| **Daxil olma tarixi**: \_\_\_\_\_il \_\_\_\_ay \_\_\_gün**Evə yazılma tarixi**: \_\_\_\_\_il \_\_\_\_ay \_\_\_gün |  **Müalicənin nəticəsi**:*\** Выберите элемент. . **Ölüm**: \_\_\_\_, əgər ölübsə, ölüm tarixi: il ay gün. |
| **DİAQNOZ** |
| **Hospitalizasiyanın səbəbi:**  |  |
| **Son klinik diaqnoz:** |  |
| **Yanaşı xəstəliklər:** |  |
| **Hospitalizasiya zamanı baş vermiş ağırlaşmalar:**  |
| **MÜAYİNƏ VƏ MÜALİCƏ.**  |
| **Anamnez morbi**:  |
| **Hazırki hospitalizasiya zamanı aparılmış müalicənin gedişatı**:  |
| **Hazırki hospitalizasiya zamanı aparılmış cərrahi müdaxilələr və tarixləri:**  |
| **Diaqnostik Müayinələrin mühüm nəticələri:** Выберите элемент. . Выберите элемент. . Выберите элемент. . |
| **Laborator analizlər:** Выберите элемент. . Выберите элемент. .Выберите элемент. . |
| **YENİTÖRƏMƏ/XƏRÇƏNGƏ DAİR MƏLUMAT № 1** *(\* işarə olunmuş hissələrin doldurulması mütləqdir)* |
| **Xərçəng diaqnozunun ilk dəfə qoyulduğu tarix**:*\**  \_\_\_\_ il \_\_\_ ay \_\_\_ gün | **XBT-10 kodu**: *\** \_ |
| **Tam patohistoloji diaqnoz**:*\** \_ | **Topoqrafiya** (kod OXBT-3):*\** \_**Morfologiya** (kod OXBT-3):*\** \_**Histoloji dərəcəsi:***\** Выберите элемент. |
| **Törəmənin xarakteri: *\****  Выберите элемент.**İmmunhistokimyə\***: Ki67 , Her2/neu , ER , PR , S100 , CD20 , Digər . | **Diaqnozu təsdiq etmiş metod:*\**** Выберите элемент.Əgər konsiliumun qərarı əsasındadırsa, onda aşağıdakılardan birini seçin:  \_\_ bir başa vizualizasiya (mikroskopik müayinə aparılmayıb) \_\_ rentgenologiya, MRT, EXOKQ/USM, Endoskopiya  \_\_ onkomarkerlər \_\_ PET/PET-KT |
| *\** **pT N M**  və ya *\****cT N M**  | **Xərçəngin mərhələsi:***\**Mərhələ. Bilinmir. | **Törəmənin lokalizasiyası:***\**Выберите элемент. |
| **Molekulyar genetika:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **HİV status\***: Выберите элемент.**HPV status\***: Выберите элемент. H**BV status\***: Выберите элемент.**HCV status\***: Выберите элемент. | **Patohistoloji diaqnozu təsdiq etmiş laboratoriyanın adı:** *\** |
| **TÖVSİYƏ VƏ MƏSLƏHƏTLƏR:**  |

**HƏKİMİN S.A.A. İMZA:**

**KLİNİKANIN RƏHBƏRİ İMZA: TARİX:**

|  |
| --- |
| **YENİTÖRƏMƏ/XƏRÇƏNGƏ DAİR MƏLUMAT № 2** *(\*işarə olunmuş hissələrin doldurulması mütləqdir)* |
| **Xərçəng diaqnozunun ilk dəfə qoyulduğu tarix**:*\**  \_\_\_\_ il \_\_\_ ay \_\_\_ gün | **XBT-10 kodu**: *\** \_ |
| **Tam patohistoloji diaqnoz**:*\** \_ | **Topoqrafiya** (kod OXBT-3):*\** \_**Morfologiya** (kod OXBT-3):*\** \_**Histoloji dərəcəsi:***\** Выберите элемент. |
| **Törəmənin xarakteri: *\****  Выберите элемент.**İmmunhistokimyə\***: Ki67 , Her2/neu , ER , PR , S100 , CD20 , Digər . | **Diaqnozu təsdiq etmiş metod:*\**** Выберите элемент.*Əgər konsiliumun qərarı əsasındadırsa, aşağıdakılardan birini seçin*:  \_\_ bir başa vizualizasiya (mikroskopik müayinə aparılmayıb) \_\_ rentgenologiya, MRT, EXOKQ/USM, Endoskopiya  \_\_ onkomarkerlər. PET/PET-KT |
| *\** **pT N M**  və ya *\****cT N M**  | **Xərçəngin mərhələsi:***\**  **\_\_** Mərhələ. Bilinmir. | **Törəmənin lokalizasiyası:***\**Выберите элемент. |
| **Patohistoloji diaqnozu təsdiq etmiş laboratoriyanın adı\*:**  |

**HƏKİMİN S.A.A. İMZA:**

**KLİNİKANIN RƏHBƏRİ İMZA: TARİX:**