

## РЕКОМЕНДАЦИИ

### по заполнению формы НРЭР «Сведения об онкологическом заболевании лица, зарегистрированного в Национальном радиационно-эпидемиологическом регистре»

Данная форма заполняется на лицо, внесенное в Национальный радиационно-эпидемиологический регистр (НРЭР) с впервые установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования, в том числе выявленного посмертно. Форма заполняется также на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Основными документами для заполнения формы являются: «Медицинская карта амбулаторного больного» ф. № 025/У; «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» ф. № 090/У; «Медицинская карта стационарного больного» ф. № 003/У; «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» ф. № 027-1/У; «Медицинское свидетельство о смерти» ф. № 106/У-08; «Справка о смерти» ф. № 33; «Справка о смерти» ф. № 34; «Протокол патологоанатомического исследования» ф. № 013/у; «Акт судебно-медицинского исследования» ф. № 174/У-87; «Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием» ф. № 030-6/У; «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием» ф. № 030-6/ГРР; «Талон дополнений к контрольной карте диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием» ф. № 030-6/ТД; «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» ф. № 027-2/У.

Копии медицинских документов, на основании которых заполняется форма, изменяется или снимается диагноз, а также вносится информация о смерти больного, передаются в головную организацию в системе НРЭР – Медицинский радиологический научный центр имени А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России (г. Обнинск Калужской области, ул. Жукова, д.10).

В процессе динамического наблюдения в раздел IV «Отдаленные результаты лечения» и в раздел VI «Специальное лечение» формы ежегодно вносится актуальная информация по итогам года.

В случае смерти больного заполняется раздел V «Сведения о смерти» и строка 13 раздела III «Клинический диагноз».

В случае снятия (не подтверждения) онкологического диагноза в поле «Шифр состояния» раздела IV «Отдаленные результаты лечения» за соответствующий отчетный год (год, в котором диагноз был снят) вносится значение «7» (диагноз не подтвердился).

В случае изменения диагноза заполняется новая форма с измененным диагнозом, при этом в раздел IV «Отдаленные результаты лечения» и в раздел VI «Специальное лечение» новой формы вносится информация за последующие отчетные годы, начиная с года, в котором диагноз был изменен. Форма с имевшимся ранее диагнозом в дальнейшем не заполняется.

Текстовые поля (фамилия, имя, отчество, субъект РФ, район и т.д.) записываются четко заглавными печатными буквами на русском языке в специально отведенных для этого местах документа.

Поля для отметок типа «да/нет», например, поля пункта 7 раздела III, заполняются подчеркиванием.

Числовые данные записываются только арабскими цифрами.

Все даты записываются арабскими цифрами в следующем порядке: день (две цифры), месяц (две цифры), год (четыре цифры). Например, 27 марта 2014 года записывается: 27.03.2014.

В случае отсутствия данных в соответствующем текстовом поле ставится прочерк. Остальные поля (нетекстовые) при отсутствии данных не заполняются.

При ретроспективном заполнении формы в ней отражается вся динамика состояния больного и проведенного лечения.

Строка 1 – Заполняется – в соответствующем квадрате делается пометка впервые или повторно заполняется форма на данную опухоль.

Строка 2 – Дата заполнения формы – записывается дата заполнения формы.

Строка 3 – Код организации по ОКПО – заносится код организации, зарегистрировавшей больного в НРЭР, по ОКПО вместе с контрольным разрядом (без пробела).

Строка 4 – Регистрационный номер – записывается (цифрами в отведенном месте) регистрационный номер лица в НРЭР.

### **Раздел I «Идентификация больного»**

Строки 1-4 – Фамилия, прежняя фамилия, имя, отчество – текстовые поля, заполняются в соответствии с данными НРЭР.

Строка 5 – Пол – заполняется перечеркиванием соответствующего поля.

Строка 6 – Дата рождения – записывается дата рождения больного.

### **Раздел II «Адрес места жительства и (или) пребывания»**

Строка 1 – Субъект Российской Федерации – текстовое поле, в котором записывается принятое наименование субъекта РФ.

Строка 2 – Район – текстовое поле, в котором записывается принятое наименование района.

Строка 3 – Населенный пункт – текстовое поле, в котором записывается название населенного пункта.

### **Раздел III «Клинический диагноз»**

Строка 1 – Порядковый номер опухоли по очередности диагностирования – в квадрате указывается порядковый номер данной опухоли у данного больного. При наличии у больного единственного злокачественного новообразования вносится номер 1. В случае первично-множественных злокачественных новообразований они нумеруются в порядке, соответствующем хронологии их диагностики: при выявлении второй, (третьей и т.д.) опухоли вносится номер 2 (3 и т.д.). При установлении диагноза второго (третьего и т.д.) злокачественного новообразования на больного заполняется новая форма с соответствующим порядковым номером опухоли.

Строка 2 – Диагноз – топография опухоли – в текстовом поле записывается словами подробный диагноз заболевания, в котором должны быть отражены сведения о характере опухоли (рак, саркома, лейкоз и др.), топография (локализация) новообразования с точным описанием положения опухоли в органе, степени ее распространенности (прорастание в соседние органы, метастазирование в регионарные лимфоузлы, наличие отдаленных метастазов) и первичной множественности.

Строка 3 – Код МКБ-10 – выставляется код данной локализации злокачественного новообразования в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем», 10 пересмотра (МКБ-10).

Строка 4 – Дата установления диагноза – вносится дата (число, месяц, год) установления диагноза злокачественного новообразования, указанная в «Извещении».

Строка 5 – Стадия заболевания – записывается арабскими цифрами клиническая стадия заболевания по стандартной отечественной четырехстадийной классификации. При этом арабские цифры соответствуют римским: I – 1, II – 2, III – 3, IV – 4. Для преинвазивных неопластических процессов отметка (перечеркивание) делается в квадрате за записью «in situ».

Строка 6 – Стадия заболевания по системе TNM – стадия заболевания по системе TNM заполняется по данным «Медицинской карты амбулаторного больного», «Медицинской карты стационарного больного», «Выписки», «Извещения» и др. Для вновь заполняемых форм должна быть использована «Классификация злокачественных опухолей по системе TNM» седьмого издания.

T, N, M – цифрами в квадратах после букв указывается стадия развития опухоли.

Категория **M1** может быть дополнена в зависимости от локализации метастазов

следующими символами:

легкие	-	<b>PUL;</b>
кости	-	<b>OSS;</b>
печень	-	<b>HEP;</b>
головной мозг	-	<b>BRA;</b>
лимфоузлы	-	<b>LYM;</b>
костный мозг	-	<b>MAR;</b>
плевра	-	<b>PLE;</b>
кожа	-	<b>SKI;</b>
глаз	-	<b>EYE;</b>
другие органы	-	<b>OTH.</b>

Строка 7 – Диагноз подтвержден – обозначается перечеркиванием соответствующего поля (или нескольких полей, при нескольких методах подтверждения диагноза).

Строка 8 – Морфологический тип опухоли – в текстовом поле словами должен быть записан подробный морфологический диагноз.

Строка 9 – Код морфологии (код МКБ-О) – выставляется код, соответствующий номенклатуре Международной классификации онкологических болезней – МКБ-О второго пересмотра (стр. 19-111) или МКБ-10 – раздел «Морфология новообразований» (том 1, часть 2, стр. 577-599).

Строка 10 – Номер морфологического исследования – указывается номер морфологического исследования.

Строка 11 – Дата исследования – выставляется дата морфологического исследования.

Строка 12 – Обстоятельства выявления опухоли – в поле вносится цифровое обозначение обстоятельства выявления злокачественного новообразования:

1 – обратился сам;

2 – активно, при медосмотре (диспансеризация, профилактический медосмотр, обязательный предварительный (при поступлении на работу) и периодический медицинский осмотр);

3 – активно, в смотровом кабинете;

4 – при других обстоятельствах;

5 – посмертно при аутопсии;

6 – посмертно без аутопсии;

0 – неизвестно.

Строка 13 – Результат аутопсии применительно к данной опухоли – в поле вносится цифровое обозначение результата аутопсии применительно к данному злокачественному новообразованию:

1 – диагноз подтвержден;

2 – признаков опухоли нет;

3 – диагноз изменен, другая локализация первичной опухоли;

4 – диагноз изменен, другой морфологический тип;

5 – диагноз подтвержден + другая локализация первичной опухоли;

6 – рак обнаружен при аутопсии;

7 – диагноз не подтвержден;

0 – неизвестно.

#### **Раздел IV «Отдаленные результаты лечения»**

В соответствующие строки таблицы вносится информация с момента установления диагноза, где на каждый отчетный год указываются *шифр состояния* на конец года, *клиническая группа* и *группа инвалидности*, если инвалидность присвоена в связи с онкологическим заболеванием. Все сведения записываются в соответствии с кодировкой, приведенной под таблицей.

#### **Раздел V «Сведения о смерти»**

Строка 1 – Дата смерти – записывается дата смерти больного.

Строка 2 – Диагноз основной причины смерти – вносится текстовая формулировка диагноза основной причины смерти больного. Основной причиной смерти не всегда является злокачественное новообразование.

Строка 3 – Код МКБ-10 – указывается код основной причины смерти больного по МКБ-10.

Строка 4 – в случае смерти от травмы или отравления записывается код МКБ-10 внешней причины смерти.

#### **Раздел VI «Специальное лечение»**

В соответствующих колонках таблицы указываются даты начала (дд.мм.гггг) и окончания (дд.мм.гггг) лечения, а также вид проведенного лечения в соответствии с кодировкой, приведенной под таблицей.