

Ilmoitus tehdään ensisijaisesti osoitteessa: <https://ilmoitukset.syoparekisteri.fi>

## ILMOITUS SYÖPÄREKISTERILLE: UUSI SYÖPÄ

Henkilötunnus	Sukunimi, etunimet
---------------	--------------------

<b>Ilmoitettavan syövän tiedot</b>	
Diagnoosi (ICD-10)	Toteamisaika (pp/kk/vvvv) / /
Syöpätyyppi (PAD)	

<b>Syövän toteamistapa</b>
<input type="checkbox"/> Histologinen primaarituumorista
<input type="checkbox"/> Obduktio, histologinen tutkimus
<input type="checkbox"/> Histologinen etäpesäkkeestä
<input type="checkbox"/> Sytologinen
<input type="checkbox"/> Määritellyt kasvainmerkkiaineet, spesifinen laboratoriolöydös
<input type="checkbox"/> Kliininen: tutkimukset (RTG, UÄ, MRI, TT) ilman näytteitä, myös ruumiinavaus ilman kudospäätettä
<input type="checkbox"/> Kliininen: diagnoosi tehty ennen kuolemaa, mutta sitä ei ole varmistettu muilla tavoin
<input type="checkbox"/> Tuntematon

<b>Kasvaimen sijaintipuoli</b>	Ei sovellettavissa		
<input type="checkbox"/> Oikea	<input type="checkbox"/> Vasen	<input type="checkbox"/> Molemmat	<input type="checkbox"/> Ei tietoa

<b>Syövän levinneisyys todettaessa</b> (Täytä yksi: TNM, sanallinen luokittelu tai stage)		
TNM cT_____ cN_____ cM_____		
<b>Sanallinen luokittelu</b>		
<u>Kasvain</u>	<u>Paikalliset imusolmukkeet</u>	<u>Muut etäpesäkkeet</u>
<input type="checkbox"/> Paikallinen	<input type="checkbox"/> Ei etäpesäkkeitä	<input type="checkbox"/> Ei etäpesäkkeitä muissa elimissä
<input type="checkbox"/> Paikallisesti edennyt, kasvaa viereisiin kudoksiin	<input type="checkbox"/> Etäpesäkkeitä alueellisissa imusolmukkeissa	<input type="checkbox"/> Etäpesäkkeitä muissa elimissä tai kauemmissa imusolmukkeissa
<input type="checkbox"/> Ei tietoa	<input type="checkbox"/> Ei tietoa	<input type="checkbox"/> Ei tietoa
<b>Stage</b> _____		
<input type="checkbox"/> Ei tietoa levinneisyydestä		

<b>Syövän primaarihoito</b>		
<input type="checkbox"/> Hoidettu	<input type="checkbox"/> Ei hoidettu	<input type="checkbox"/> Ei tietoa

Lisätietoja
-------------

Ilmoittaja, ilmoittajalaitos	Ilmoituspäivämäärä (pp/kk/vvvv) / /
------------------------------	--

Ilmoitus tulostetaan ja lähetetään osoitteeseen Suomen Syöpärekisteri, Unioninkatu 22, 00130 Helsinki