

Ano: _____ Fonte Notificadora: _____

Identificação do Paciente

Prontuário: _____

Cartão SUS: _____ CPF: _____ Documento: _____

Nome completo do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: Feminino Masculino Ignorado Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Raça/Cor: 1-BRANCO 2-PRETA 3-AMARELA
 4-PARDA 5-INDÍGENA 9-SEM INFORMAÇÃO

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: 1-SOLTEIRO 2-CASADO 3-VIÚVO
 4-SEPARADO JUDICIALMENTE 5-UNIÃO CONSENSUAL 9-SEM INFORMAÇÃO

Escolaridade: Anos de estudos concluídos

0-SEM ESCOLARIDADE 1-FUNDAMENTAL I (1ª A 4ª SÉRIE) 2-FUNDAMENTAL II (5ª A 8ª SÉRIE) 3-MÉDIO (ANTIGO SEGUNDO GRAU)
 4-SUPERIOR INCOMPLETO 5-SUPERIOR COMPLETO 9-SEM INFORMAÇÃO

Ocupação/ Profissão: _____

Identificação do Tumor

Endereço

Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Procedência: _____

Nº Exame: _____

Topografia: _____

Morfologia: _____

Meio de diagnóstico: 0-SDO 1-CLÍNICO 2-PESQUISA
 4-MARCADORES TUMORAIS 5-CITOLOGIA 6-HISTOLOGIA DA METÁSTASE
 7-HISTOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO 9-SEM INFORMAÇÃO

Extensão da doença: 1-LOCALIZADO 2-METÁSTASE 3-"IN SITU"
 4-NÃO SE APLICA 9-SEM INFORMAÇÃO

Lateralidade: 1-DIREITA 2-ESQUERDA 3-BILATERAL
 8-NÃO SE APLICA 9-SEM INFORMAÇÃO

Estadiamento: _____ TNM: _____ Metástase à distância: _____

Data do diagnóstico: ___/___/___

Data do óbito: ___/___/___ Tipo: Câncer Não Câncer Ignorado

Status Vital: 1-VIVO 2-MORTO 9-SEM INFORMAÇÃO

Data do último contato: ___/___/___

Data da Coleta: ___/___/___ Registrador: _____

