

தமிழ்நாடு புற்றுநோய் பதிவு திட்டம்

(அடையாறு புற்றுநோய் மையம், சென்னை - 600020 & மருத்துவம் - மற்றும் மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை, தமிழ்நாடு அரசு இணைந்து நடத்தும் திட்டம்)
38, சர்தார் பட்டேல் சாலை, சென்னை - 600 036.

தொலைபேசி: 044-22209150; ஃபேக்சு: 044-22354508; இ-மெயில்: tncrp@cancerinstitutewia.org

TN Govt. Health & FW dept. G.O. No. 132 dated 17.04.2012

TN Govt. Health & FW dept. G.O. No. 66 dated 22.02.2018

புற்றுநோய் தெரிவிப்பு படிவம்

(ஒவ்வொரு புற்றுநோய்க்கும் TNCRP ஊழியர்கள் அல்லது அந்தந்த நிறுவனத்தின் அதிகாரம் அளிக்கப்பட்ட நபர்களால் நிரப்பப்பட வேண்டும்)

அறிவிக்கும் நிறுவனத்தின் விவரங்கள்

பொருந்தக்கூடியதை தேர்ந்தெடுக்கவும்:

1. நிறுவனத்தின் பெயர்:) : _____ கர்ப்பப்பை வாய் புற்றுநோய் மார்பக புற்றுநோய்
2. மாவட்டம்:) : _____ வாய் புற்றுநோய் பிற
3. துறை (ஏதேனும் இருப்பின்) _____ தமிழக அரசின் புற்றுநோய் பரிசோதனை திட்டத்தின் கீழ் அடையாளம்
4. புற/உள் நோயாளி/துறை எண்:) : _____ காணப்பட்ட நோயாளியா? ஆம் இல்லை

அலுவலக உபயோகத்திற்கு மட்டும்

TNCRP No.: / அறிவிப்பு படிவத்தின் நிலை: 1. முழுமை 2. நிலுவை 3. ஏற்கனவே பதிவு செய்யப்பட்டது 4. நீக்கப்பட்டது

நோயாளி அடையாள விவரங்கள் (ஒரே நபரின் பல அறிவிப்புகளை அடையாளம் காண்பதற்காக)

1. பெயர்: _____
2. ஆதார் எண்: _____
3. மக்கள் நல பதிவு எண்: _____
4. NCD எண் _____
5. வயது _____ பிறந்த தேதி _____ பாலினம்: _____
6. தந்தை பெயர் _____
7. கணவன்/மனைவி பெயர்: _____
8. பிற உறவினர் பெயர்: _____
9. குடியிருப்பு முகவரி: _____
10. கிராமப்புறம் நகர்ப்புறம்
11. CD பள்ளக்: _____
12. தாலுகா: _____
13. மாவட்டம் _____
14. அஞ்சல் குறியீடு: _____
15. தொ.பே./கைபேசி எண் : _____

புற்றுநோய் விவரம்

1. அனுமதி / ஆலோசனை தேதி : ____/____/____
2. நோய் கண்டறிந்த தேதி: ____/____/____

3. புற்றுநோய் கண்டறிதலின் மிகவும் சரியான அடிப்படை

- (1) திசுவியல் (முதன்மை) (2) திசுவியல் (பரவிய பகுதி) (3) உயிரணுவியல் (4) இரத்தம்/எலும்பு மஜ்ஜை
(5) சோதனை பிம்பம் (எக்ஸ்ரே/USG/CT முதலியன) (6) மருத்துவ பரிசோதனை மட்டும்
(7) பிற (குறிப்பிடவும்) (8) DCO இறப்பு சான்று மட்டும்

4. நோயின் மருத்துவ நிலை:

- (a) ஆரம்பநிலை புற்றுநோய் (b) சற்றே தீவிரமடைந்த புற்றுநோய் (c) மிகவும் முற்றிய புற்றுநோய் (d) தெரியவில்லை

5. முதன்மை பகுதி: _____ ICD-O: திசுவியல் ஆய்வு: _____ ICD-O:

ஸ்லைடு எண்: _____ ICD-10:

7. திசுவியல் ஆய்வகத்திலிருந்து மட்டுமே பதிவு செய்யப்பட்டிருந்தால்: பரிந்துரைத்த மருத்துவர்: _____

மருத்துவமனை பெயர்: _____ இடம்: _____

8. கட்டியின் தன்மை: (✓) [] புற்றுநோய் முந்தைய நிலை: [] எல்லைக்குட்பட்ட புற்றுநோய் [] புற்றுநோய்:

9. பெறப்பட்ட சிகிச்சை(✓): [] அறுவை சிகிச்சை: [] கதிர்வீச்சு சிகிச்சை: [] வேதி மருந்து சிகிச்சை

[] ஊக்கிகள்: [] மற்றவை: [] சிகிச்சை இல்லை

10. கடைசியாக தொடர்பு கொண்ட தேதி: ____/____/____

11. இறந்த தேதி: ____/____/____

12. இறப்புக்கான காரணம்: புற்றுநோய் / மற்றவை

குறிப்பு:

தேதி: ____/____/____ படிவத்தை நிரப்பியவரின் பெயர்: _____

நிரப்பிய படிவத்தை அஞ்சல் / மின் அஞ்சல் மூலம் அனுப்பவும். நன்றி.

