

# 最新肿瘤的登记报告范围 肿瘤报告工作计划 肿瘤登记报告工作总结(通用5篇)

在当下社会，接触并使用报告的人越来越多，不同的报告内容同样也是不同的。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的报告吗？下面是小编为大家整理的报告范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

## 肿瘤的登记报告范围篇一

肿瘤科的病人敏感而脆弱，他们面对的是生命的即将凋逝。存感于心的只剩恐惧和害怕，而此时，他们往往因为缺乏关爱和疏导，导致其失意，连看世界的色彩都已完全消退，他们只看到世界的灰暗，生命的变幻无常。如果稍不留心他们会用最决绝的方式来结束他们的痛苦。而身为肿瘤科的医生和护士，只有不仅需要高超的医术来延长患者的生存期，提高患者的生存质量，同时还要加倍的小心和以更多的时间来疏导病人，医学教，育网|搜集整理为他们解除内心的包袱，以轻松的心态配合治疗。

一、为了给予患者最优的治疗手段，我们引进大型先进设备，并且不断派出业务骨干到国内外大型医院进修学习，把最先进的治疗方案带到医院，带给患者。同时也在原有的基础之上，适当的加以改进，希望能够给患者带来最大的获益。

二、同时，医护人员为了解除肿瘤患者的内心包袱，每天抽出更多的时间来疏导病人，努力沟通，耐心交流，减轻病人的心理压力，使他们在心理上接受疾病，并在此基础之上接受肿瘤的相关治疗，积极配合医务人员的工作。微笑式的服务已经成为科室的基本准则，从而给患者带来家庭式的温暖与关爱。

## 肿瘤的登记报告范围篇二

1、肿瘤、心脑血管疾病登记报告实行首诊报告责任制。发现恶性肿瘤与神经系统良性肿瘤、脑卒中与冠心病，首诊医生立即在《肿瘤发病病例登记簿》、《心脑血管疾病发病病例登记簿》上进行登记，并填写《居民肿瘤病例报告卡》、《脑卒中、冠心病发病报告卡》，24小时内将报告卡送网络直报员。

2、发现肿瘤、心脑血管疾病死亡病例，立即在《肿瘤死亡病例登记簿》、《心脑血管疾病死亡病例登记簿》上进行登记，并填写《居民死亡医学证明书》，24小时内送网络直报员报告。

3、登记簿与报告卡填写内容完整、规范，字迹清楚。因责任心不强造成错报、误报、漏报等引起不良后果，由责任人承担。触犯相关法律法规，承担法律责任。

4、未经门诊直接住院的'肿瘤病例，由住院部经治医生填写《肿瘤发病病例登记簿》、《心脑血管疾病发病病例登记簿》和《居民肿瘤病例报告卡》、《脑卒中、冠心病发病报告卡》，并将报告卡及时送网络直报员。住院部发现死亡病例，经治及时填写《居民死亡医学证明书》，24小时内送网络直报员报告。

5、放射、病理、影像等科室确诊的肿瘤病例，及时将结果报告给临床医生，由首诊医生填写《肿瘤发病病例登记簿》、《心脑血管疾病发病病例登记簿》与《居民肿瘤病例报告卡》、《脑卒中、冠心病发病报告卡》并及时报告。

6、对于已经报告的肿瘤病例、心脑血管疾病病例与死亡病例，首诊医生应在所有相关资料上注明“已报”字样。

7、肿瘤、心脑血管疾病登记报告人员每月10日前将上月的肿瘤卡片和月报表送县疾控中心慢地科。

## 肿瘤的登记报告范围篇三

肿瘤科的病人敏感而脆弱，他们面对的是生命的即将凋逝。存感于心的只剩恐惧和害怕，而此时，他们往往因为缺乏关爱和疏导，导致其失意，连看世界的色彩都已完全消退，他们只看到世界的灰暗，生命的变幻无常。如果稍不留心他们会用最决绝的方式来结束他们的痛苦。而身为肿瘤科的医生和护士，只有不仅需要高超的医术来延长患者的生存期，提高患者的生存质量，同时还要加倍的小心和以更多的时间来疏导病人，医学教，育网|搜集整理为他们解除内心的包袱，以轻松的心态配合治疗。

一、为了给予患者最优的治疗手段，我们引进大型先进设备，并且不断派出业务骨干到国内外大型医院进修学习，把最先进的治疗方案带到医院，带给患者。同时也在原有的基础之上，适当的加以改进，希望能够给患者带来最大的获益。

二、同时，医护人员为了解除肿瘤患者的内心包袱，每天抽出更多的时间来疏导病人，努力沟通，耐心交流，减轻病人的心理压力，使他们在心理上接受疾病，并在此基础之上接受肿瘤的相关治疗，积极配合医务人员的工作。微笑式的服务已经成为科室的基本准则，从而给患者带来家庭式的温暖与关爱。

三、对于疑难病人为了尽早明确病情，不定期的查房，会诊，上网在大型文献库里寻找类似的病例。对于危重的病人，积极抢救是必不可少的。

在全体医患人员的集体努力下，看着我们的病人身心经受住了考验，医学教，育网|搜集整理病情获得了维持或者有所好

转，我们医护人员露出了会心的笑容。

## 肿瘤的登记报告范围篇四

xx年已经过去，为积累经验，评价得失，更好地为下半年工作的开展提供借鉴经验，以期取得更优异的成绩，现对我科下半年的工作作如下具体总结：

一、xx年我科共收治病人513人次，出院471人次，门诊接诊1253人次，共为153人次患者进行手术治疗，2人次患者行<sup>125</sup>I粒子植入放疗治疗，直线加速器放射治疗1320人次，计2850个照射野，深静脉置管70人次，同时有以下新手术开展：

- 1、直肠吻合口狭窄球囊扩张术；
- 2、直肠癌后盆腔切除术；
- 3、左胸背部巨大海绵状血管瘤切除同期大面积植皮术；
- 4、右肺透明变性肉芽肿切除术；
- 5、保留胃窦胃次全切除术、胃窦食道吻合术；
- 6、鼻翼部恶性黑色素瘤切除同期皮瓣转移植皮术；
- 7、肝脏多发囊肿经皮穿刺抽液同期灌注药物术；
- 8、胃间质瘤切除术；
- 9、小肠间质瘤切除术。

二、xx医疗质量检查每月均达标，规范了病历书写，不断完善并改进了深静脉置管同意书。护理工作中运用传、带原则，

圆满完成了化疗、微量泵给药、造口护理、临终关怀等工作。引进新方法，制定了预防静脉炎的措施并实施。通过上述治疗方法并结合化疗及免疫治疗，以整体治疗的模式使大多数肿瘤患者病情得到控制，提高了患者生活质量，延长了患者生命，收到了良好的社会和经济效益。

三、每月定期进行一次医疗、护理业务讲课、病历讨论。定期召开科护士会，认真学习党委1号文件精神，开展解放思想大讨论活动。举办了云南省农垦总局第一职工医院首届肿瘤治疗进展学习班，邀请了周边地区以及十大农场医院的.领导、科室主任、骨干力量等共约60人参加，取得了良好效果，达到了友好交流增进友谊共同学习的目的。在医院举行的“百人穿刺”活动中科室荣获集体一等奖，个人奖4人。在党员民主评议中，肿瘤科被评为优秀党小组。这些成绩的取得有赖于科室全体医护人员的任劳任怨、爱岗敬业的精神，有赖于年轻愿学年长愿教的精神。这样团队协作积极向上、和谐进取的工作氛围，为工作成绩的取得提供了有力保障。

四、主要不足及存在问题：医生与患者比例严重失调：平均一个医生分管20多个病人，工作强度大，以致忽视了治疗效果评价、基础理论学习研究等工作，没有更充分的时间与患者、家属进行交流，造成一定程度上的医患关系不协调，但都得到及时处理并没有出现医疗矛盾及纠纷，医患关系有待进一步加强改善。

五、体会：积极、向上、和谐、稳定是科室发展的前提，我科医护人员将一如既往地 在医院领导的英明决策和领导下再接再厉，抓住机遇，迎接挑战，为肿瘤患者提供的一流服务、一流技术、一流护理，为我院的二次创业添砖加瓦，做出贡献。

## 肿瘤的登记报告范围篇五

肿瘤登记报告是一项按一定的组织系统，经常性地搜集、贮存、整理、统计分析，并评价肿瘤发病、死亡和生存资料的统计制度。肿瘤登记报告作为肿瘤防治工作中的一项基础性工作，是探索肿瘤病因及其流行规律，制定和落实各项综合防治措施的重要依据。

## 一、登记报告

### （一）报告单位和报告人

1. 报告单位：淮南市范围内各级各类医疗卫生机构。
2. 报告人：执行职务的所有医务人员均为责任报告人。

### （二）报告范围

本市辖区内的常住人口（本市居住6个月以上），符合下述条件的，均需填写“淮南市肿瘤病例报告卡”：

1. 在门诊、住院诊治时，经本院临床诊断及通过生化、病理、CT、B超、内窥镜、手术、尸检等检查手段确诊的恶性肿瘤和中枢神经系统的良性肿瘤患者。
2. 既往已确诊或在外地诊断后首次来本医疗机构复诊和治疗的恶性肿瘤和中枢神经系统的良性肿瘤病例。

### （三）报告内容

按照“淮南市肿瘤病例报告卡”（以下简称“报告卡”，详见附件

3），填报患者的一般情况和肿瘤诊治的相关信息。主要包括：

1. 肿瘤患者一般信息：如姓名、性别、年龄、职业、电话、

身份证号等。

2. 肿瘤患者疾病信息：如诊断、病理类型、诊断依据等。

3. 肿瘤患者死亡信息：如死亡日期、死亡原因等。

4. 填报人员信息。

肿瘤分类编码使用《国际疾病分类[icd-10]第十次修订本》，并同时使用icd-o进行编码。编码由各县区疾病预防控制中心人员统一填写。

#### （四）报告流程

1. 医院门诊部、住院部、肿瘤诊断相关科室（病理、检验、内窥镜、放射、超声波、同位素）的医生对当日发现的肿瘤病例（在报告范围内的），及时填写肿瘤报告卡，并在患者病历上注明“肿瘤已报”。

相关各科设专人负责每日肿瘤报告卡的收集、整理和质量检查，登记后交院内分管肿瘤报告工作的科室。

本单位肿瘤登记报告管理科室接到肿瘤报告卡后，在《恶性肿瘤登记簿》上进行登记，同时将登记数据录入电脑数据库中（如excel表格等），经质量审核、院内查重并剔除重卡后，于每月10日前将上一个月的肿瘤卡片集中报送至区疾病预防控制中心。

2. 社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院/村卫生室在建立居民健康档案、新农合报销或日常诊疗等工作过程中发现的肿瘤病例（在报告范围内的），经核实患者的基本情况后，在《恶性肿瘤登记簿》上进行登记，同时将登记数据录入电脑数据库中（如excel表格等），并填写《淮南市肿瘤病例报告卡》，进行质量审核并查重后，于每月10日前逐级将上一

个月的肿瘤卡片报送至所在区疾病预防控制中心。

3. 各县、区疾控机构对医疗机构每月报送的肿瘤报告资料，首先剔除非恶性肿瘤（中枢神经系统良性肿瘤除外）和非本辖区常住户口病例，然后进行逐例、逐项地审核、查重、编码与录入计算机。对上述过程中发现的肿瘤报告资料中的缺项、漏项、逻辑错误等，要及时与填报单位进行核对、补填或更正。

## 二、登记报告资料的管理

### （一）审核

医疗机构恶性肿瘤登记报告工作的管理人员对收到的肿瘤发病报告卡须进行错项、逻辑错误等检查，对有疑问的报告卡须及时向填卡人核实。

### （二）订正

医疗机构发现报告病例诊断需变更或填卡错误时，应及时进行订正报告，重新填写恶性肿瘤发病报告卡，并注明原报告病名。

### （三）查重、补漏

各医疗机构和各级疾病预防控制机构应定期对报告病例资料进行查重。各医疗机构应定期开展院内自查，对发现本年度内漏报的恶性肿瘤病例，应及时登记并补报。

各级疾病预防控制机构应定期将从死因监测系统获得的恶性肿瘤死亡病例资料与肿瘤发病报告资料进行核对，并确认肿瘤病例的生存状况。如发现死亡原因为恶性肿瘤但无肿瘤发病报告卡的，应及时反馈就诊医院或社区/乡镇卫生服务机构，通过查阅病例或访问死者家属获取相关资料，补报肿瘤卡。



## （四）资料保存

1. 《肿瘤报告卡》由各县区疾病预防控制机构保存，录入的电子文档应分别保存在不同的介质或者电脑中。
2. 各级疾病预防控制机构应将恶性肿瘤病例报告信息资料按照国家有关规定纳入档案管理。

## 三、组织实施

### （一）卫生行政部门

各级卫生行政部门负责肿瘤登记报告工作的组织领导，要将肿瘤登记报告工作纳入各级医疗机构公共卫生任务和各级疾病预防控制机构绩效的考核内容，并加强管理。

### （二）医疗机构

建立健全肿瘤登记报告工作的管理制度，明确本单位肿瘤登记报告管理科室及管理人，明确各诊疗科室职责，加强责任报告人员的业务培训工作。要定期组织开展本单位报告工作的质量检查与考核。

《肿瘤登记报告管理制度》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。