台灣癌症登記長表摘錄手冊
民國 107 年

Taiwan Cancer Registry Coding Manual
Long Form Revision **2018v.5**

民國 111 年 12 月修訂

衛　生　福　利　部　國　民　健　康　署

前言 1
癌症登記收錄欄位名稱與資料格式表 5
第一部分 個案的選擇和編碼原則總論 13
個案的選擇 15
申報個案條件 15
含糊不清之詞彙(Ambiguous Terminology) 18
首次就診日期 (Date of First Contact) 19
個案分類 (Class of Case) 20
編碼原則總論 22
癌症確認 (Cancer Identification) 22
癌症最初診斷期別 (Stage of Disease at Initial Diagnosis) 31
首次療程 (First Course of Treatment) 32
結果 (Outcomes) 46
第二部份 編碼指引 49
個案確認 51
申報醫院代碼 53
病歷號碼 54
姓名 55
身分證統一編號 56
性別 57
出生日期 58
戶籍地代碼 60
癌症確認 61
診斷年齡 63
癌症發生順序號碼 64
個案分類 65
診斷狀態分類 74
治療狀態分類 75
首次就診日期 78
最初診斷日期 79

原發部位.....82
側性.....84
組織型態.....86
性態碼.....88
臨床分級/分化.....90
病理分級/分化.....94
癌症確診方式.....98
首次顯微鏡檢證實日期.....101
腫瘤大小.....104
神經侵襲.....110
淋巴管或血管侵犯.....112
區域淋巴結檢查數目.....114
區域淋巴結侵犯數目.....117
癌症最初診斷期別.....121
診斷性及分期性手術處置日期.....123
外院診斷性及分期性手術處置.....125
申報醫院診斷性及分期性手術處置.....130
臨床 T.....133
臨床 N.....135
臨床 M.....137
臨床期別組合.....139
臨床分期字根/字首.....141
病理 T.....142
病理 N.....144
病理 M.....146
病理期別組合.....148
病理分期字根/字首.....150
AJCC 癌症分期版本與章節.....151
其他分期系統.....153
其他分期系統期別(臨床).....154

其他分期系統期別(病理)....159
首次療程....161
首次療程開始日期....163
首次手術日期....166
原發部位最確切的手術切除日期....168
外院原發部位手術方式....170
申報醫院原發部位手術方式....172
微創手術....174
原發部位手術邊緣....176
原發部位手術切緣距離....180
外院區域淋巴結手術範圍....185
申報醫院區域淋巴結手術範圍....189
外院其他部位手術方式....192
申報醫院其他部位手術方式....194
原發部位未手術原因....196
放射治療臨床標靶體積摘要....198
放射治療儀器....203
放射治療開始日期....207
放射治療結束日期....209
放射治療與手術順序....211
區域治療與全身性治療順序....215
放射治療執行狀態....219
體外放射治療技術....221
最高放射劑量臨床標靶體積....225
最高放射劑量臨床標靶體積劑量....229
最高放射劑量臨床標靶體積治療次數....231
較低放射劑量臨床標靶體積....233
較低放射劑量臨床標靶體積劑量....236
較低放射劑量臨床標靶體積治療次數....238
其他放射治療儀器....240

其他放射治療技術.....245
其他放射治療臨床標靶體積.....249
其他放射治療臨床標靶體積劑量.....252
其他放射治療臨床標靶體積治療次數.....254
全身性治療開始日期.....256
外院化學治療.....258
申報醫院化學治療.....261
申報醫院化學治療開始日期.....265
外院荷爾蒙/類固醇治療.....267
申報醫院荷爾蒙/類固醇治療.....269
申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始日期.....272
外院免疫治療.....273
申報醫院免疫治療.....275
申報醫院免疫治療開始日期.....278
骨髓/幹細胞移植或內分泌處置.....279
申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期.....282
外院標靶治療.....283
申報醫院標靶治療.....285
申報醫院標靶治療開始日期.....288
申報醫院緩和照護.....289
其他治療.....292
其他治療開始日期.....294
結果.....295
首次復發或癌症狀態追蹤日期.....297
首次復發型式.....299
最後聯絡或死亡日期.....303
生存狀態.....304
個案行政.....305
摘錄者.....307
其他因子.....309

身高.....311
體重.....312
吸菸行為.....313
嚼檳榔行為.....315
喝酒行為.....317
首次治療前生活功能狀態評估.....318
癌症部位特定因子.....321
癌症部位特定因子 1.....323
癌症部位特定因子 2.....324
癌症部位特定因子 3.....325
癌症部位特定因子 4.....326
癌症部位特定因子 5.....327
癌症部位特定因子 6.....328
癌症部位特定因子 7.....329
癌症部位特定因子 8.....330
癌症部位特定因子 9.....331
癌症部位特定因子 10.....332
附錄 A：戶籍地代碼.....333
附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼.....339
附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單.....387
附錄 D：分級/分化摘錄原則.....391
附錄 E：癌症登記中心通知文.....427
附錄 F：台灣癌症登記摘錄手冊更新頁數說明.....439

前言

癌症威脅國人生命日益，衛生福利部為規劃癌症防治工作，在民國 68 年以行政命令方式針對 50 床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料。癌症防治法於民國 92 年 5 月 21 日公布，該法第十一條規定「為建立癌症防治相關資料庫，癌症防治醫療機構應向中央主管機關所委託之學術研究機構，提報新發生之癌症個案與期別等相關診斷及治療資料。」自此確立了癌症登記的法源依據。

為基植於實證醫學下提昇癌症診療品質，衛生福利部國民健康署自民國 92 年起，於 15 家參與癌症防治中心計畫的醫院，建立申報癌症診療資料(以下簡稱 TCDB，Taiwan Cancer Data Base)，收錄民國 91 年 1 月 1 日起新診斷之六種癌症的期別、診斷與治療等資料，藉以分析比較全國和各醫院癌症個案的醫療照護、追蹤及預後情形。其中子宮頸癌為必要申報癌症項目，其他 5 種癌症(乳癌、口腔癌、結直腸癌、肝癌、肺癌)則由醫院自選辦理。另並於民國 93 年 10 月起，擴大至 27 家參加「癌症防治中心-全面提升癌症診療品質計畫」之醫院，全面收錄民國 93 年 1 月 1 日起新診斷之前述六種癌症診療資料。

爲將癌症診療資料整合至癌症登記系統並與國際接軌，衛生福利部國民健康署於民國 95 年邀請專家學者成立「癌症登記及診療資料庫初版工作小組」(註 1)及「台灣癌症登記-長短表摘錄手冊工作小組」(註 2)，參考美國外科醫學會(American College of Surgeons)癌症諮詢委員會(Commission on Cancer)所出版的 FORDS 2007 年版(Facility Oncology Registry Data Standards Revised for 2007)，規劃適合國內使用之癌症登記資料庫(民國 96 年 3 月 1 日初版)，收錄欄位內容以申報詳細和摘要診療資料區分為長表及短表二部份，各醫院自民國 96 年 1 月 1 日起新診斷的癌症個案應全部改採該版癌症登記項目申報。其中 50 床以上的醫院依短表摘錄手冊規定申報癌症發生和診療摘要資料；另原參與 TCDB 申報的醫院，則依長表摘錄手冊申報口腔癌(含口咽及下咽)、結直腸癌、肝癌、肺癌、乳癌及子宮頸癌等 6 種癌症之發生和診療詳細資料。

考量台灣癌症登記資料庫，於當時僅收錄含個案基本資料、診斷、期別及首次治療等資訊，並無收錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子(Site-Specific Factors，簡稱 SSF)資料。爰此，為因應癌症診療實務之需求，衛生福利部國民健康署於民國 98 年起，開始著手規劃於台灣癌症登記長表資料庫中增收癌症部位特定因子之資料，並參考 2004 年版美國癌症登記 Collaborative Staging Manual and Coding Instructions 中所收錄的癌症部位特定因子，邀請口腔癌、結直腸癌、肝癌、肺癌、乳癌及子宮頸癌等 6 癌之診療醫師及癌症登記師資共同參與發展癌症部位特定因子欄位之摘錄內容。

惟 2004 年版美國癌症登記之癌症部位特定因子，僅收錄 6 個因子，後因美國於 2010 年 FORDS 改版，並將癌症部位特定因子擴增至 25 個因子；同時衛生福利部國民健康署為因應癌症診療品質提升之需要，於民國 99 年起逐漸將癌症登記長表申報由 6 癌擴大至男、女前 10 癌(頭頸癌包含口腔/口咽/下咽/鼻咽/主唾液腺/喉癌、食道癌、胃癌、結直腸癌、肝癌、肺癌、乳癌、子宮頸癌、子宮體癌、卵巢癌、攝護腺癌、膀胱癌及血液腫瘤等)。因此於民國 99 年至民國 100 年間委請各癌診療醫師(註 3)參考美國 2010 年癌症部位特定因子之收錄架構與內容，並就本土癌症診療現況與實務需求，重新規劃及研擬符合我國收錄

的前述 16 項癌症部位特定因子之摘錄內容；同時聘請癌症登記師資(註 4)檢視其摘錄內容之適切性及試行登錄後，提供專業建議，再據以修訂前述所規劃的 16 項癌症部位特定因子欄位內容。其收錄分類包括：(1)具預後或評估治療效果意義的腫瘤標記(例如：結直腸癌之 CEA)、(2)具預後或決定治療方式的腫瘤特性指標(例如：乳癌之 HER2) 、(3)治療效果評估、(4)決定存活之極重要的治療副作用、(5)影響預後的手術病理特徵 (例如：結直腸癌之 Perineural invasion)等。

另為與國際接軌，衛生福利部國民健康署於民國 99 年委託台灣癌症登記學會組成「癌症登記摘錄手冊修訂小組」(註 5)，並由台北榮總蕭正英醫師的引領下，與一群資深癌症登記師資，依據台灣癌症登記摘錄之實務問題及參考 FORDS 及 SEER 每年改版內容，增修台灣癌症登記摘錄手冊；同時基於公共衛生的考量，衛生福利部國民健康署並將吸菸、嚼檳榔、飲酒、身體質量指數(BMI) 等重要危險因子納入 100 年版癌症登記摘錄手冊中增修。為因應 2016 年 AJCC 第八版癌症分期手冊應用於民國 107 年新診斷之癌症個案，手冊修訂小組重新檢視 100 年版手冊內容，針對欄位進行增刪、檢討、修訂與討論後，完成 107 年版台灣癌症登記摘錄手冊。

本摘錄手冊的增修得以完成，首先要感謝默默參與「發展 16 項癌症部位特定因子摘錄內容」及「癌症登記摘錄手冊修訂小組」之專家，對欄位的規劃、研擬、編撰，並歷經多次的討論、修訂與確認；此外，要感謝台灣癌症登記學會及癌症登記中心的參與及協助，方能順利完成本手冊之增修。這次手冊的增修，同時促使台灣癌症登記邁向另一個新紀元，在此本署對於這些默默付出的專家及工作人員致上誠摯的謝意。

註 1：癌症登記及診療資料庫初版工作小組(按姓氏排列並省略敬稱)

王英輝	花蓮慈濟醫院	陳淑真	林口長庚醫院
朱旆億	財團法人彰化基督教醫院	游山林	癌症登記中心
余慕賢	三軍總醫院	黃世貝	台大醫院
呂恩綺	癌症登記中心	黃敬倫	台大醫院
李佳玲	台中榮民總醫院	黃麗秋	病歷管理協會
林成俊	林口長庚醫院	黃馨慧	中國醫藥大學附設醫院
林秀玲	台大醫院	葉大成	台中榮民總醫院
林桂芝	台北榮民總醫院	滕宣德	和信治癌中心醫院
林燕君	和信治癌中心醫院	蔡俊明	台北榮總
馬致懿	癌症登記中心	鄭貴真	聖馬爾定醫院
張廷彰	林口長庚醫院	鄭鴻鈞	和信治癌中心醫院
張東浩	財團法人彰化基督教醫院	蕭正英	台北榮民總醫院
張獻崑	林口長庚醫院	賴吾為	成大醫院
梁雅芬	財團法人彰化基督教醫院	謝瑞坤	馬偕醫院
陳訓徹	林口長庚醫院		

註 2：台灣癌症登記-長短表摘錄手冊工作小組(按姓氏排列並省略敬稱)

王儀萍	台大醫院	林燕君	和信治癌中心醫院
呂恩綺	癌症登記中心	梁雅芬	財團法人彰化基督教醫院
李佳玲	台中榮民總醫院	郭玫琳	成大醫院
沈月影	台北榮民總醫院	陳佩鈴	和信治癌中心醫院
林秀玲	台大醫院	陳淑真	林口長庚醫院
林癸里	財團法人彰化基督教醫院	黃翠妹	林口長庚醫院
林桂芝	台北榮民總醫院	黃靜琴	奇美醫院

註 3：癌症診療專家-癌症部位特定因子研擬(按姓氏排列並省略敬稱)

呂宜興	馬偕紀念醫院	滕宣德	和信治癌中心醫院
余垣斌	亞東紀念醫院	劉家全	和信治癌中心醫院
李明陽	嘉義基督教醫院	劉文雄	高雄榮總
李興中	財團法人國泰綜合醫院	歐陽賦	高雄醫學大學附設醫院
宋昌穆	林口長庚醫院	陳立宗	國家衛生研究院
周振陽	國立成功大學附設醫院	賴吾為	國立成功大學附設醫院
侯明鋒	高雄醫學大學附設醫院	盧勝男	高雄長庚紀念醫院
張廷彰	林口長庚醫院	蔡欣恬	財團法人國泰綜合醫院
詹昌明	高雄醫學大學附設醫院	鄭鴻鈞	和信治癌中心醫院
裴松南	義大癌治療醫院		

註 4：癌症登記師資(按姓氏排列並省略敬稱)

王儀萍	台大醫院	林燕君	和信治癌中心醫院
江濬如	癌症登記中心	郭玫琳	成大醫院
李佳玲	台中榮民總醫院	高慧諭	嘉義基督教醫院
林秀玲	台大醫院	高小玲	林口長庚醫院
林桂芝	台北榮民總醫院	陳淑真	林口長庚醫院
沈月影	台北榮民總醫院	陳明玲	台北榮民總醫院

註 5：癌症登記摘錄手冊修訂小組(按姓氏排列並省略敬稱)

丁文謙　中山醫學大學附設醫院
王素蘭　基隆長庚醫院情人湖院區
王鳳琴　癌症登記中心
王儀萍　台大醫院
江濬如　癌症登記中心
吳東龍　聖馬爾定醫院
呂宜興　馬偕醫院
呂恩綺　癌症登記中心
李玉嬌　聖馬爾定醫院
李佳玲　台中榮民總醫院
李明陽　嘉義基督教醫院
沈月影　台北榮民總醫院
沈怡妏　高雄醫學大學附設中和紀念醫院
林秀玲　台大醫院
林佳玲　中國醫藥大學附設醫院
林依增　癌症登記中心
林玲珠　花蓮慈濟醫院
林癸里　台中榮民總醫院
林桂芝　台北榮民總醫院
林燕君　和信治癌中心醫院
邱麗芳　義大醫院
孫月雲　台中榮民總醫院
高小玲　林口長庚醫院
高慧諭　成大醫院
張世昌　國泰綜合醫院
張廷彰　林口長庚醫院
張東浩　彰化基督教醫院
郭玫琳　成大醫院
陳明玲　台北榮民總醫院
陳采婕　中國醫藥大學附設醫院
陳淑真　林口長庚醫院
陳華素　台中榮民總醫院
游舒蘋　台北醫學大學附設醫院
黃經民　台北慈濟醫院
黃巧玢　高雄醫學大學附設中和紀念醫院
黃夢蘭　癌登學會師資
黃靜琴　奇美醫院
黃詩涵　癌症登記中心
楊雅雯　癌症登記中心
葉大成　台中榮民總醫院
廖素儉　中山醫學大學附設醫院
劉岱瑋　花蓮慈濟醫院
鄭金英　台北慈濟醫院
鄭淑貞　國泰綜合醫院
蕭正英　台北榮民總醫院
賴鴻政　三軍總醫院
戴元昌　嘉義基督教醫院
魏嘉慧　癌症登記中心

癌症登記收錄欄位名稱與資料格式表

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
1.1	申報醫院代碼	Reporting Hospital Code	10	1	10	文字
1.2	病歷號碼	Medical Record Number	10	11	20	文字
1.3	姓名	Name	10	21	30	文字
1.4	身分證統一編號	ID Number	10	31	40	文字
1.5	性別	Sex	1	41	41	文字
1.6	出生日期	Date of Birth	8	42	49	文字
1.7	戶籍地代碼	Residence Code	4	50	53	文字
2.1	診斷年齡	Age at Diagnosis	3	54	56	文字
2.2	癌症發生順序號碼	Sequence Number	2	57	58	文字
2.3	個案分類	Class of Case	1	59	59	文字
2.3.1	診斷狀態分類	Class of Diagnosis Status	1	60	60	文字
2.3.2	治療狀態分類	Class of Treatment Status	1	61	61	文字
2.4	首次就診日期	Date of First Contact	8	62	69	文字
2.5	最初診斷日期	Date of Initial Diagnosis	8	70	77	文字
2.6	原發部位	Primary Site	4	78	81	文字
2.7	側性	Laterality	1	82	82	文字
2.8	組織型態	Histology	4	83	86	文字
2.9	性態碼	Behavior Code	1	87	87	文字
2.10.1	臨床分級/分化	Grade Clinical	1	88	88	文字
2.10.2	病理分級/分化	Grade Pathological	1	89	89	文字
2.11	癌症確診方式	Diagnostic Confirmation	1	90	90	文字
2.12	首次顯微鏡檢證實日期	Date of First Microscopic Confirmation	8	91	98	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
2.13	腫瘤大小	Tumor Size	3	99	101	文字
2.13.1	神經侵襲	Perineural Invasion	1	102	102	文字
2.13.2	淋巴管或血管侵犯	Lymph-vascular invasion	1	103	103	文字
2.14	區域淋巴結檢查數目	Regional Lymph Nodes Examined	2	104	105	文字
2.15	區域淋巴結侵犯數目	Regional Lymph Nodes Positive	2	106	107	文字
3.1	診斷性及分期性手術處置日期	Date of Surgical Diagnostic and Staging Procedure	8	108	115	文字
3.2	外院診斷性及分期性手術處置	Surgical Diagnostic and Staging Procedure at Other Facility	2	116	117	文字
3.3	申報醫院診斷性及分期性手術處置	Surgical Diagnostic and Staging Procedure at This Facility	2	118	119	文字
3.4	臨床 T	Clinical T	4	120	123	文字
3.5	臨床 N	Clinical N	3	124	126	文字
3.6	臨床 M	Clinical M	3	127	129	文字
3.7	臨床期別組合	Clinical Stage Group	3	130	132	文字
3.8	臨床分期字根/字首	Clinical Stage (Prefix/Suffix) Descriptor	1	133	133	文字
3.10	病理 T	Pathologic T	4	134	137	文字
3.11	病理 N	Pathologic N	3	138	140	文字
3.12	病理 M	Pathologic M	3	141	143	文字
3.13	病理期別組合	Pathologic Stage Group	3	144	146	文字
3.14	病理分期字根/字首	Pathologic Stage (Prefix/Suffix) Descriptor	1	147	147	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
3.16	AJCC 癌症分期版本與章節	The Edition and Chapter of AJCC Cancer Staging	5	148	152	文字
3.17	其他分期系統	Other Staging System	2	153	154	文字
3.19	其他分期系統期別(臨床分期)	Clinical Other Staging System	4	155	158	文字
3.21	其他分期系統期別(病理分期)	Pathologic Other Staging System	4	159	162	文字
4.1	首次療程開始日期	Date of First Course of Treatment	8	163	170	文字
4.1.1	首次手術日期	Date of First Surgical Procedure	8	171	178	文字
4.1.2	原發部位最確切的手術切除日期	Date of Most Definite Surgical Resection of the Primary Site	8	179	186	文字
4.1.3	外院原發部位手術方式	Surgical Procedure of Primary Site at Other Facility	2	187	188	文字
4.1.4	申報醫院原發部位手術方式	Surgical Procedure of Primary Site at this Facility	2	189	190	文字
4.1.4.1	微創手術	Minimally invasive surgery	1	191	191	文字
4.1.5	原發部位手術邊緣	Surgical Margins of The Primary Site	1	192	192	文字
4.1.5.1	原發部位手術切緣距離	Surgical Margins Distance of the Primary Site	3	193	195	文字
4.1.6	外院區域淋巴結手術範圍	Scope of Regional Lymph Node Surgery at Other Facility	1	196	196	文字
4.1.7	申報醫院區域淋巴結手術範圍	Scope of Regional Lymph Node Surgery at this Facility	1	197	197	文字
4.1.8	外院其他部位手術方式	Surgical Procedure/Other Site at Other Facility	1	198	198	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
4.1.9	申報醫院其他部位手術方式	Surgical Procedure/Other Site at this Facility	1	199	199	文字
4.1.10	原發部位未手術原因	Reason for No Surgery of Primary Site	1	200	200	文字
4.2.1.1	放射治療臨床標靶體積摘要	RT Target Summary	2	201	202	數字
4.2.1.2	放射治療儀器	RT Modality	3	203	205	數字
4.2.1.3	放射治療開始日期	Date of RT Started	8	206	213	文字
4.2.1.4	放射治療結束日期	Date of RT Ended	8	214	221	文字
4.2.1.5	放射治療與手術順序	Sequence of Radiotherapy and Surgery	2	222	223	數字
4.2.1.6	區域治療與全身性治療順序	Sequence of Locoregional Therapy and Systemic Therapy	2	224	225	數字
4.2.1.8	放射治療執行狀態	RT Status	2	226	227	文字
4.2.2.1	體外放射治療技術	EBRT Technique	3	228	230	數字
4.2.2.2.1	最高放射劑量臨床標靶體積	Target of CTV_H	2	231	232	數字
4.2.2.2.2	最高放射劑量臨床標靶體積劑量	Dose to CTV_H (cGy)	5	233	237	文字
4.2.2.2.3	最高放射劑量臨床標靶體積治療次數	Number of Fractions to CTV_H	2	238	239	文字
4.2.2.3.1	較低放射劑量臨床標靶體積	Target of CTV_L	2	240	241	數字
4.2.2.3.2	較低放射劑量臨床標靶體積劑量	Dose to CTV_L (cGy)	5	242	246	文字
4.2.2.3.3	較低放射劑量臨床標靶體積治療次數	Number of Fractions to CTV_L	2	247	248	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
4.2.3.1	其他放射治療儀器	Other RT Modality	2	249	250	數字
4.2.3.2	其他放射治療技術	Other RT Technique	2	251	252	數字
4.2.3.3.1	其他放射治療臨床標靶體積	Target of Other RT	2	253	254	數字
4.2.3.3.2	其他放射治療臨床標靶體積劑量	Dose to Target of Other RT	5	255	259	文字
4.2.3.3.3	其他放射治療臨床標靶體積治療次數	Number of Fractions of Other RT	2	260	261	文字
4.3.1	全身性治療開始日期	Date of Systemic Therapy Started	8	262	269	文字
4.3.2	外院化學治療	Chemotherapy at Other Facility	2	270	271	文字
4.3.3	申報醫院化學治療	Chemotherapy at This Facility	2	272	273	文字
4.3.4	申報醫院化學治療開始日期	Date of Chemotherapy Started at This Facility	8	274	281	文字
4.3.5	外院荷爾蒙/類固醇治療	Hormone/Steroid Therapy at Other Facility	2	282	283	文字
4.3.6	申報醫院荷爾蒙/類固醇治療	Hormone/Steroid Therapy at This Facility	2	284	285	文字
4.3.7	申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始日期	Date of Hormone/Steroid Therapy Started at This Facility	8	286	293	文字
4.3.8	外院免疫治療	Immunotherapy at Other Facility	2	294	295	文字
4.3.9	申報醫院免疫治療	Immunotherapy at This Facility	2	296	297	文字
4.3.10	申報醫院免疫治療開始日期	Date of Immunotherapy Started at This Facility	8	298	305	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
4.3.11	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置	Hematologic Transplant and Endocrine Procedure	2	306	307	文字
4.3.12	申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期	Date of Hematologic Transplant and Endocrine Procedure Started at This Facility	8	308	315	文字
4.3.13	外院標靶治療	Targeted therapy at Other Facility	2	316	317	文字
4.3.14	申報醫院標靶治療	Targeted therapy at This Facility	2	318	319	文字
4.3.15	申報醫院標靶治療開始日期	Date of Targeted therapy Started at This Facility	8	320	327	文字
4.4	申報醫院緩和照護	Palliative Care at This Facility	1	328	328	文字
4.5.1	其他治療	Other Treatment	2	329	330	文字
4.5.2	其他治療開始日期	Date of Other Treatment Started	8	331	338	文字
5.1	首次復發或癌症狀態追蹤日期	Date of First Recurrence or Cancer Status Follow-Up	8	339	346	文字
5.2	首次復發型式	Type of First Recurrence	2	347	348	文字
5.3	最後聯絡或死亡日期	Date of Last Contact or Death	8	349	356	文字
5.4	生存狀態	Vital Status	1	357	357	文字
6.1	摘錄者	Abstracted by	10	358	367	文字
7.1	身高	Height	3	368	370	文字
7.2	體重	Weight	3	371	373	文字
7.3	吸菸行為	Smoking Behavior	6	374	379	文字
7.4	嚼檳榔行為	Betel Nut Chewing Behavior	6	380	385	文字
7.5	喝酒行為	Drinking Behavior	3	386	388	文字

序號	欄位名稱	英文欄位名稱	長度	欄位		資料型態
				起	訖	
7.6	首次治療前生活功能狀態評估	Assessment of Performance Status before Treatment	3	389	391	文字
8.1	癌症部位特定因子 1	Site-Specific Factor 1	3	392	394	文字
8.2	癌症部位特定因子 2	Site-Specific Factor 2	3	395	397	文字
8.3	癌症部位特定因子 3	Site-Specific Factor 3	3	398	400	文字
8.4	癌症部位特定因子 4	Site-Specific Factor 4	3	401	403	文字
8.5	癌症部位特定因子 5	Site-Specific Factor 5	3	404	406	文字
8.6	癌症部位特定因子 6	Site-Specific Factor 6	3	407	409	文字
8.7	癌症部位特定因子 7	Site-Specific Factor 7	3	410	412	文字
8.8	癌症部位特定因子 8	Site-Specific Factor 8	3	413	415	文字
8.9	癌症部位特定因子 9	Site-Specific Factor 9	3	416	418	文字
8.10	癌症部位特定因子 10	Site-Specific Factor 10	3	419	421	文字

第一部分 個案的選擇和編碼原則總論

個案的選擇

申報個案條件

（一） 收案對象為中華民國國籍**(外籍人士不收案)**，第一次經醫師診斷為癌症之個案，亦即 ICD-O-3 性態碼為 2、3、6、9 者(若為 6、9 者，需申報原發部位，性態碼改為 3)，均需申報。

注意：若外籍人士已取得中華民國國籍，於取得中華民國身分證以前即罹患癌症者，則不需申報 (即使在癌登補申報名單之列)；若取得中華民國身分證以後才罹患癌症者，則需申報。

（二） 個案經診斷為癌症滿 10 年後(第 11 年起)，則不必再申報至癌症登記中心。

範例：2008 診斷年個案，2019 年起不須申報；2009 診斷年個案，2020 年起不須申報，2010 年診斷年個案，2021 年起不須申報；以此類推。

（三） 原則上每一癌症個案僅可申報一次，但有下列情況者應需再申報：

1. 曾經申報，但首次療程資料發生異動時，請進行資料異動。

(1)個案經診斷為癌症滿 10 年後(第 11 年起)，不再接受異動。

範例：2013 診斷年個案，2024 年起不再異動；2014 診斷年個案，2025 年起不再異動，2015 診斷年個案，2026 年起不須異動；以此類推。

(2)若有「身分證字號、癌症發生順序」此二欄位需異動者，請務必填寫異動表，且不受上述限制。

2. 另一個原發部位(即多發癌症 multiple primary cancer，此部份申報原則詳見後續說明)。

3. 經查證非癌症個案，則需填異動表，以取消申報此個案。

4. 申報第一次復發和存活狀態資料。

（四） 2023 年第一季起所有申報之癌症個案，均全面採用 2018 年第五版台灣癌症登記摘錄手冊(以下簡稱 2018 v.5)申報，說明如下：

癌症診斷年	使用手冊版本
不分診斷年	2018 v.5

（五） 臨床診斷個案(Cases Diagnosed Clinically)視為可申報個案

如果臨床醫師於病歷上記載個案患有癌症，但是卻沒有組織病理學或細胞學上之確診依據，則登錄此個案為臨床診斷。

注意：通常病理檢查報告優先於臨床診斷。如果個案切片檢查報告結果為非惡性者，則此個案不須申報。

例外：若個案之病理檢查報告非惡性，而醫師仍視其為癌症予以治療，則此個案須申報。

（六） 卵巢 borderline tumor (Low malignant potential)**合併 intraepithelial carcinoma 或/及 microinvasive carcinoma** ，癌症登記申報原則如下：

病理報告描述	性態碼	是否申報
with intraepithelial carcinoma	2	是
with microinvasive carcinoma	3	是
with intraepithelial carcinoma and microinvasive carcinoma	3	是
無 intraepithelial carcinoma 亦無 microinvasive carcinoma	1	否

（七） 子宮頸癌個案僅執行 Cytology 檢查結果為 HSIL (Squamous intraepithelial neoplasia, high grade)，一律不需申報；但若經由 Histology 檢查則須視報告結果，依報告結果可分為以下四種情況來決定是否申報：

1. 僅敘述 HSIL 者，請與醫師確認為 CIN2 或 CIN3。
2. HSIL (CIN2)，不需申報。
3. HSIL (CIN3)，需申報。
4. HSIL (CIN2-3)，需申報。

（八） 自 2013 年起新診斷為結直腸腫瘤(C18.0-C20.9)之個案其組織型態為 high grade dysplasia 或 severe dysplasia 均須申報，組織型態應依據 WHO Classification of tumors of the colon and rectum 描述之組織型態逕行編碼

病理組織型態	WHO Blue book GI 5th ICD-O Mcode
Adenomatous polyp, high-grade dysplasia Tubular adenoma, high grade Villous adenoma, high grade Tubulovillous adenoma, high grade	8210/2 8211/2 8261/2 8263/2
Serrated dysplasia, high grade	8213/2
Inflammatory bowel disease-associated dysplasia* Glandular intraepithelial neoplasia, high grade	8148/2
High-grade dysplasia, unclassified**	8140/2

*：此類個案較為罕見。

**：若病理報告僅描述 High-grade dysplasia。

（九） 腸胃道 Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)之申報規則依據 2019 年出版 WHO Classification of Tumours 第 5 版 Digestive System Tumours，經諮詢台灣病理學會專

家後，確認 GIST 個案自 109 診斷年起 (即 110 年第一季申報開始) 均視為惡性腫瘤申報。另 108 年(含)以前診斷的 GIST 個案，仍需依據原判定規則申報，如下表所示。

AJCC Stage	Tumor size	Mitotic rate (per 50 HPFs)	Revised NIH Risk Joensuu, 2008	Prognostic group	是否申報?
Gastric GIST					
Stage IA	≤2cm	Low (≤5)	Very low	1	否
Stage IA	>2 - ≤5cm	Low (≤5)	Low	2	否
Stage IB	>5 - ≤10cm	Low (≤5)	Intermediate	3a	否
Stage II	>10cm	Low (≤5)	High	3b	**是**
Stage II	≤2cm	High (>5)	Intermediate or High	4	否
Stage II	>2 - ≤5cm	High (>5)	Intermediate or High	5	**是**
Stage IIIA	>5 - ≤10cm	High (>5)	High	6a	**是**
Stage IIIB	>10cm	High (>5)	High	6b	**是**
Non-gastric GIST					
Stage I	≤2cm	Low (≤5)	Very low	1	否
Stage I	>2 - ≤5cm	Low (≤5)	Low	2	**是**
Stage II	>5 - ≤10cm	Low (≤5)	High	3a	**是**
Stage IIIA	>10cm	Low (≤5)	High	3b	**是**
Stage IIIA	≤2cm	High (>5)	Intermediate or High	4	**是**
Stage IIIB	>2 - ≤5cm	High (>5)	High	5	**是**
Stage IIIB	>5 - ≤10cm	High (>5)	High	6a	**是**
Stage IIIB	>10cm	High (>5)	High	6b	**是**

資料來源：Int J Clin Exp Pathol. 2010;3(5):461-471、WHO blue book 第四版第 74 頁與 AJCC 第七版第 177 頁

（十） 依據 WHO histological classification of tumors 針對鼻咽癌常見鱗狀細胞癌組織形態編碼申報原則規定如下：

WHO classification	Former terminology	ICD-O-3 Morphology Code
Keratinizing squamous cell carcinoma	WHO Type I	8071/3
Nonkeratinizing carcinoma	-	-
Differentiated subtype	WHO Type II	8072/3C
Undifferentiated subtype*	WHO Type III	8072/3D
Basaloid squamous cell carcinoma	-	8083/3

*注意此種 Undifferentiated subtype 常於病理報告中描述為 Undifferentiated Carcinoma，請依照上述規則編碼為 8072/3，勿申報 8020/3。

（十一）申報個案條件依衛生福利部國民健康署委託之台灣癌症登記中心公告為準。
除附錄 E 內容外，可參考癌症登記中心網頁：https://twcr.tw/

含糊不清之詞彙(Ambiguous Terminology)

含糊不清的詞彙可出現於各種來源的文件資料(如病理檢查報告、放射線檢查報告)或出現於臨床報告中。以下所列的這些詞彙為可申報的【參考 SEER Program Coding and Staging Manual 2018 第 10 頁】：

Apparent(ly)

Appears

Comparable with

Compatible with

Consistent with

Favor(s)

Malignant appearing

Most likely

Presumed

Probable

Suspect(ed)

Suspicous (for)

Typical of

例外： 如果細胞學檢查(cytology)報告中使用含糊不清的詞彙，例如"suspicious for malignancy"，不可解讀並視為癌症診斷。只有在切片檢查為陽性或醫師有臨床判斷並支持此細胞學檢查時，才可以申報。

注意： 其它詞彙因國情差異，編碼前請詢問主責醫師該詞彙是否屬「可申報的詞彙」。

如何使用含糊不清的詞彙作為個案申報之依據
(How to Use Ambiguous Terminology for Case Ascertainment)

（一） 原位癌及侵襲癌(性態碼為 2 或 3)

1. 如果這些含糊不清「可申報的詞彙」後面接的字與原位癌或侵襲癌是同義的(synonymous)，例如：cancer、carcinoma、malignant neoplasm 等字，則此個案為可以申報。

範例：病理檢查報告描述為：「Prostate biopsy with markedly abnormal cells that are typical of adenocarcinoma.」，則此個案為可申報，所以必須收案。

2. 差異性(Discrepancies)：如果病歷的某一處寫了「可申報的詞彙」，例如「apparantly」，在病歷的另一處是採用非「可申報的詞彙」中的字彙如「cannot be ruled out」，則以「可申報的詞彙」為主，此個案應予收案。

注意 1：如果病歷上的詞彙不是出現在前述可申報的詞彙表中，則此詞彙並不是癌症診斷性詞彙，此個案不予收案。

注意 2：若診斷詞彙僅為字詞時態的變化，仍可視為可申報的詞彙。例如：「favored」是「favor(s)」的過去式；「appeared to be」是「appears」的被動式，皆須申報。

注意 3：詞意相同，但非前述可申報詞彙表之字眼則不需申報。例如：「supposed」不等同「presumed」；「equal」不等同「comparable」；「likely」不等同「most likely」。【參考 SEER Program Coding and Staging Manual 2018 第 10 頁、Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual 第 25 頁】。

（二） 診斷性詞彙的例子：

- 乳房病理組織報告描述有「***suspicious for malignancy***」，即表示病理組織報告檢查判定為癌症。
- 乳房攝影影像檢查描述有「***suspicious for malignancy***」，雖表示影像檢查報告疑似為癌症，若無進一步病理組織報告確診，也無醫師的臨床確診，不可作為申報依據。
- 住院個案的出院病歷摘要記載：胸部X光發現右上肺葉「***consistent with carcinoma***」，即表示影像學檢查判定為癌症；個案即使拒絕接受進一步的檢查或治療，仍須申報。

（三） 非診斷性詞彙的例子：

- 住院個案的出院病歷摘要記載：胸部X光發現右上肺葉「***consistent with neoplasm***」，個案拒絕接受進一步的檢查或治療。“consistent with neoplasm”並不表示是癌症，雖然”consistent with”代表involvement之意，但”neoplasm (贅瘤)”若未明示為惡性就不是診斷性詞彙。
- 最後的診斷記錄為：乳房「***possible carcinoma***」。“possible”不是癌症的診斷性詞彙。

首次就診日期 (Date of First Contact)

「首次就診日期」是指個案不論是在門診或住院，為了診斷或治療癌症而首次到申報醫院的日期。通常是指個案親自至申報醫院看診才可認定為有「就診(contact)」之意。當病理檢查標本由院外採集再送至申報醫院作判讀，且報告確診為癌症者(個案分類為 7)，除非個案有到申報醫院就醫，否則此案不需要申報至癌症登記中心。

- 若個案後續於申報醫院接受首次療程，則屬於可分析個案，須摘錄及追蹤。其「首次就診日期」即個案為了治療或治療前的診斷檢查而到申報醫院就醫的日期。若個案原診斷醫師在申報醫院有簽住院權，則此個案分類為1；但若原診斷醫師無簽住院權者，則此個案分類為2。

- 當申報醫院之主治醫師(staff physician)於院外執行切片檢查但標本未送至申報醫院判讀，除非個案至申報醫院接受首次療程，否則此案不需要申報。

個案分類 (Class of Case)

所有申報的癌症個案均需依據申報醫院對於個案之診斷及治療的涵蓋程度，來決定其「個案分類」。其中個案分類為編碼 7、8 者不需申報至癌症登記中心。

- 新增兩個欄位：欄位2.3.1「診斷狀態分類」及欄位2.3.2「治療狀態分類」，以確保欄位2.3「個案分類」的正確性。
- Class 1 及 Class 2 個案必須詳細申報所有項目(包含SSFs)。
- Class 0 個案不需申報欄位序號#4.1~4.5.2及#7.1~7.6以”9”補滿；#8.1~8.10以”988”編碼。但個案拒絕治療或在治療前即死亡或病危出院，則「首次療程開始日期」欄位應摘錄拒絕治療、病危出院或死亡日期。
- Class 3 個案不需申報欄位序號#3.1~4.5.2及#7.1~7.6以”9”補滿；#8.1~8.10以”988”編碼。
- Class 3 個案如在該申報醫院被診斷復發，或接受癌症復發治療，應申報欄位序號#5.1~5.4各個項目，以利治療療效分析。
- 於他院診斷，但為了其他疾病至申報醫院求診之個案，不需申報。

（一） 可分析個案(Analytic Cases)：針對長表申報個案做治療和存活分析時，應以 2002 年 1 月 1 日以後到申報醫院接受首次療程的個案為對象，並且只有個案分類為 1-2 時，才列為可分析個案。

（二） 不可分析個案(Non-analytic Cases)：個案分類為 0、3-9 的個案，則不納入例行的治療和存活分析，但計算癌症發生率時仍要列入分析。

個案分類定義	
Class	Includes
Class 0	申報醫院診斷，但未於申報醫院接受首次療程： • 個案於申報醫院診斷，但選擇到他院治療。 • 個案於申報醫院診斷，但被轉介至他院治療。 • 個案於申報醫院診斷，但個案拒絕治療。 • 個案於申報醫院診斷，但個案治療前即死亡或病危出院。
Class 1	個案於申報醫院診斷，並符合下列任一條件： • 於申報醫院接受全部或部份的首次療程。 • 於申報醫院的治療計畫是不予治療或是再密切觀察。 • 個案因年長、疾病嚴重或其他醫療狀況而無法治療或接受緩和照護。
Class 2	他院診斷，並符合下列任一條件： • 於申報醫院接受全部或部份的首次療程(含緩和照護)。 • 於申報醫院的首次療程治療計畫是不予治療或是再密切觀察。
Class 3	他院診斷，未於申報醫院接受任何首次療程；因復發或持續的癌症問題至申報醫院就診： • 個案因之前診斷的癌症復發或惡化而到申報醫院作治療。 • 個案於申報醫院提供「第二意見」的服務，但於外院診斷與治療。 • 個案於他院診斷，於申報醫院未治療即死亡或病危出院。 • 僅於申報醫院接受委外部份放射治療，或僅執行維持性(maintenance)治療。
Class 5	屍體解剖時才診斷為癌症： • 在屍體解剖之前並未曾診斷或懷疑有癌症。
Class 7	僅有病理報告。個案未曾於申報醫院診斷或治療。不包括由屍體解剖時才診斷為癌症的個案。(不需申報)
Class 8	僅由死亡證明書得知個案有癌症(death certificate only，DCO)。(不需申報)
Class 9	不詳。 病歷上未記載足以決定個案分類的資訊： • 不清楚之前是否有確診。 • 不清楚之前是否有治療過。 • 之前有確診，但日期不詳。

編碼原則總論

癌症確認 (Cancer Identification)

此部份遵循 ICD-O-3 在”Coding Guidelines for Topography and Morphology”章節(ICD-O-3 第 19-42 頁)中對於「原發部位」、「組織類型(histology)」、「性態碼」和「分級/分化」之編碼指引。

原發部位 (Primary Site)

原發部位的編碼指引，應參考 ICD-O-3”Coding Guidelines for Topography and Morphology”中”Topography”章節之說明(ICD-O-3 第 23-26 頁)。只要病歷中對粗略的部位(general location)有特別描述，則應依 ICD-O-3 的字母順序索引(alphabetic index)，給予最明確的部位編碼。為了使一些具特殊組織類型其原發部位的分析具有一致性，應遵循下列的編碼原則。

血液惡性腫瘤及淋巴癌(Hematopoietic and Lymphoid Cancer)

- 2010年1月1日(含)以後診斷為淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患(M9590-9993)之個案，其原發部位、組織型態、分級/分化及多重原發判定，應遵循SEER「Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual」與The Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms Database (Hematopoietic DB) 之規則編碼。

卡波西氏肉瘤(Kaposi Sarcoma)

- 依卡波西氏肉瘤的起源部位逕行譯碼。
- 若卡波西氏肉瘤同時起源於皮膚及其他部位或未明示之原發部位，則編碼為Skin (C44.9)。

黑色素瘤(Melanoma)

- 若個案診斷為轉移性黑色素瘤，且原發部位不確定，則編碼為Skin, NOS (C44.9)。

分界不明部位之特殊組織(Specific tissues with ill-defined sites)

- 若下表所列之組織類型在分界不明之部位描述(例如：腹部或手臂)時，則以這類腫瘤的起源組織逕行譯碼，而非編碼為分界不明的身體部位(ill-defined region, C76._)，因為後者意指包含多種組織。

組織類型	描述	以此部位作為編碼
8720-8790	黑色素瘤(Melanoma)	C44._ 皮膚
8800-8811, 8813-8830, 8840-8921, 9040-9044	肉瘤(Sarcoma)，其中骨膜纖維肉瘤(Periosteal fibrosarcoma)及皮膚纖維肉瘤(Dermatofibrosarcoma)除外	C49._ 結締組織、皮下組織及其他軟組織
8990-8991	間質瘤(Mesenchymoma)	C49._ 結締組織、皮下組織及其他軟組織

組織類型	描述	以此部位作為編碼
9120-9170	血管瘤(Blood vessel tumors) 淋巴管瘤(Lymphatic vessel tumors)	C49._ 結締組織、皮下組織及其他軟組織
9580-9582	粒狀細胞腫瘤(Granular cell tumor) 腺胞性軟組織肉瘤(Alveolar soft part sarcoma)	C49._ 結締組織、皮下組織及其他軟組織
9240-9252	間質性軟骨肉瘤(Mesenchymal chon-drosarcoma) 巨大細胞腫瘤(Giant cell tumors)	C40._, C41._ 骨及軟骨 C49._ 結締組織、皮下組織及其他軟組織
8940-8941	唾腺型混合性腫瘤(Mixed tumor, salivary gland type)	C07._ 腮腺(Parotid gland) C08._ 其他及未明示之主唾液腺(Other and unspecific major salivary glands)

側性 (Laterality)

- 以下所列之成對器官必須記錄其「側性」。
- 非表列成對器官，若病歷記錄有描述側性則須登錄。
- 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤，編碼為5。
  - C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445。
  - 若腫瘤非原發於以上部位時，則不可編碼為5。

成對器官部位表	
ICD-O-3	**Site**
C07.9	Parotid gland
C08.0	Submandibular gland
C08.1	Sublingual gland
C09.0	Tonsillar fossa
C09.1	Tonsillar pillar
C09.8	Overlapping lesion of tonsil
C09.9	Tonsil, NOS
C30.0	Nasal cavity (excluding nasal cartilage and nasal septum)
C30.1	Middle ear
C31.0	Maxillary sinus

成對器官部位表	
ICD-O-3	**Site**
C31.2	Frontal sinus
C34._	Main bronchus and lung (excluding carina)
C38.4	Pleura
C40.0	Long bones of upper limb and scapula
C40.1	Short bones of upper limb
C40.2	Long bones of lower limb
C40.3	Short bones of lower limb
C41.3	Rib and clavicle (excluding sternum)
C41.4	Pelvic bones (excluding sacrum, coccyx, and symphysis pubis)
C44.1	Skin of eyelid
C44.2	Skin of external ear
C44.3	Skin of other and unspecified parts of face
C44.5	Skin of trunk
C44.6	Skin of upper limb and shoulder
C44.7	Skin of lower limb and hip
C47.1	Peripheral nerves and autonomic nervous system of upper limb and shoulder
C47.2	Peripheral nerves and autonomic nervous system of lower limb and hip
C49.1	Connective, subcutaneous, and other soft tissues of upper limb and shoulder
C49.2	Connective, subcutaneous, and other soft tissues of lower limb and hip
C50._	Breast
C56.9	Ovary
C57.0	Fallopian tube
C62._	Testis
C63.0	Epididymis
C63.1	Spermatic cord
C64.9	Kidney, NOS
C65.9	Renal pelvis

成對器官部位表	
ICD-O-3	**Site**
C66.9	Ureter
C69._	Eye and lacrimal gland
C70.0	Cerebral meninges, NOS
C71.0	Cerebrum
C71.1	Frontal lobe
C71.2	Temporal lobe
C71.3	Parietal lobe
C71.4	Occipital lobe
C72.2	Olfactory nerve
C72.3	Optic nerve
C72.4	Acoustic nerve
C72.5	Cranial nerve, NOS
C74._	Adrenal gland
C75.4	Carotid body

形態學：組織類型和性態碼 (Morphology: Histology and Behavior)

組織類型和性態碼的編碼指引，請參考 ICD-O-3 中”Coding Guidelines for Topography and Morphology”在”形態學(Morpholgy)”中章節之說明(ICD-O-3 第 27-30 頁)。

2018 年 1 月 1 日(含)以後新診斷為癌症個案，單一原發含多種或混合性組織類型時，應參考 SEER「Solid Tumor Rules」編碼原則，下列原發部位群組(白血病、淋巴癌【M9590–9993】及卡波西氏肉瘤【M9140】除外)，請分別採用其特定部位(Site-specific)規則予以編碼：

Brain, malignant (C70.0, C70.1, C70.9, C71.0–C71.9, C72.0–C72.5, C72.8, C72.9, C75.1–C75.3)

Breast (C50.0–C50.9)

Colon (C18.0–C18.9)

Head and neck (C00.0–C14.8, C30.0–C32.9)

Kidney (C64.9)

Lung (C34.0–C34.9)

Malignant melanoma of the skin (C44.0–C44.9 with Histology 8720–8780)

Renal pelvis, ureter, bladder, and other urinary (C65.9, C66.9, C67.0–C67.9, C68.0–C68.9)

在上述特定部位外之其它實質惡性腫瘤，則採用其它部位(Other Sites)規則。

形態學：分級/分化 (Morphology: Grade/Differention)

淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患(M9590-9993)，自 2010 年 1 月 1 日(含)以後診斷者，應遵循 SEER「Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual」與 The Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms Database (Hematopoietic DB) 之規則編碼。

病理組織報告定義實質惡性腫瘤分級分化，主要是檢測腫瘤細胞結構和正常組織的相似度。分化良好(well-differentiated)代表腫瘤細胞結構和正常組織相似度高；分化不良(Poorly differentiated/ Undiffereniated)代表腫瘤細胞結構異常毀壞及瓦解，無法辨識和正常組織的相似程度。分級分化以細胞學上的型態結構，細胞核的特徵(大小、染色體的量、不規則程度、和有絲分裂的活性)或合併上述元素為分類基礎。分級分化的訊息主要是用以決定預後和治療。

當無組織學診斷(病理學或細胞學報告)時，可藉由核磁共振造影術(magnetic resonance imaging, MRI)或正子造影攝影術(positron emission tomography, PET)報告所描述之腫瘤分級予以編碼。

自 2020 申報年起所有新診斷個案，採用以下分級/分化規則摘錄：

一. 不分診斷年所有新診斷癌症個案均需摘錄2.10.1臨床分級/分化與2.10.2病理分級/分化，且不再收錄2.10分級/分化欄位資訊。

二. 不分診斷年所有新診斷癌症個案請依據以下規則及附錄 D 原則摘錄臨床與病理分級/分化內容：

(一) 各癌症部位之分級/分化：

1. 部分癌症部位之分級/分化為AJCC第八版期別判定之必要項目。以下為AJCC第八版章節要求以臨床與病理分級/分化協助判定腫瘤期別：
   - Chapter 16: Esophagus and Esophagogastric Junction (Grade 01)
   - Chapter 19: Appendix (Grade 01)
   - Chapter 38: Bone (Grade 05)
   - Chapter 41: Soft Tissue Sarcoma of the Trunk and Extremities (Grade 06)
   - Chapter 43: Gastrointestinal Stromal Tumor (Grade 07)
   - Chapter 44: Soft Tissue Sarcoma of the Retroperitoneum (Grade 06)
   - Chapter 48: Breast (Grade 08)
   - Chapter 58: Prostate (Grade 13)
2. 編碼1-5、M、S、E為特殊部位之分級分化項目，非每一癌症部位皆有特殊分級分化系統(site-special grade system)。
3. 編碼L、H為「low grade」和「high grade」，例如：泌尿道癌常使用此分級系統。
4. 編碼A-D為一般分級系統(Generic Grade)：
   - 癌症部位於AJCC第八版有特殊分級分化系統，但未使用。
   - 癌症部位於AJCC第八版沒有特殊分級分化系統。
   - 癌症部位不適用於AJCC章節。
5. 血液腫瘤個案之分級/分化，應編碼為8 (不適用)。

   例外：Lymphoma Ocular Adnexa (C44.1, C69.0, C69.5, C69.6)且組織型態為follicular lymphoma (M-code 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3)，需編碼分級/分化；若為Lymphoma Ocular Adnexa其他的組織型態則分級/分化編碼9，請參考AJCC第八版第71章節。
6. 中樞神經系統之惡性腫瘤應收錄WHO之分級/分化，請參照附錄D。
7. 各癌症部位之分級/分化編碼原則，請參照附錄D。
8. 各癌症部位之分級/分化編碼，彙整如下表：

Code	Grade Description
1	Site-specific grade system category
2	Site-specific grade system category
3	Site-specific grade system category
4	Site-specific grade system category
5	Site-specific grade system category
L	Low grade
H	High grade

Code	Grade Description
M	Site-specific grade system category
S	Site-specific grade system category
A	Well differentiated
B	Moderately differentiated
C	Poorly differentiated
D	Undifferentiated and anaplastic
E	Site-specific grade system category
X	• High grade dysplasia (severe dysplasia) • Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併microinvasive carcinoma 或/及intraepithelial carcinoma
8	Not applicable (Hematopoietic neoplasms only)
9	Grade cannot be assessed; Unknown；GX

(二) 字辭學(Terminology)：當分級/分化僅採用字辭學時，請參考以下表格編碼：

Code	Description	Grade
A	Differentiated, NOS	I
A	Well differentiated	I
A	Only stated as ‘Grade I’	I
B	Fairly well differentiated	II
B	Intermediate differentiation	II
B	Low grade	I-II
B	Mid differentiated	II
B	Moderately differentiated	II
B	Moderately well differentiated	II
B	Partially differentiated	II
B	Partially well differentiated	I-II
B	Relatively or generally well differentiated	II
B	Only stated as ‘Grade II’	II
C	Medium grade, intermediate grade	II-III
C	Moderately poorly differentiated	III
C	Moderately undifferentiated	III
C	Poorly differentiated	III
C	Relatively poorly differentiated	III
C	Relatively undifferentiated	III

Code	Description	Grade
C	Slightly differentiated	III
C	Dedifferentiated	III
C	Only stated as ‘Grade III’	III
D	High grade	III-IV
D	Undifferentiated, anaplastic, not differentiated	IV
D	Only stated as ‘Grade IV’	-
9	Non-high grade	-

腫瘤分級和 AJCC 分期 (Tumor Grade and AJCC Staging)

「AJCC 癌症分期手冊(AJCC Cancer Staging Manual)」中提到某些特定的組織類型可視為具有某些特定的分級程度。注意，AJCC 的指引只作為「分期(staging)」之用，在摘錄病歷時，有關腫瘤分級之編碼請遵循 ICD-O-3 的規則及本章節前面所提的規則。

多重原發 (Multiple Primaries)

實質惡性腫瘤多重原發判定規則，依據美國 SEER「Solid Tumor Rules」規範。對於血液惡性腫瘤及淋巴癌(Hematopoietic and Lymphoid Cancer【M9590-9993】)是否為單一或多重原發，請依下列原則編碼：

- 採用版本依衛生福利部國民健康署委託之台灣癌症登記中心公告為準。
- 2010年1月1日(含)以後新診斷個案：應遵循SEER「Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual」與The Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms Database (Hematopoietic DB)之規則編碼。

成對的器官部位(Paired Organ Sites)

請參考在前面章節有關「側性」的編碼指引所列之成對器官部位表格資料。成對器官雙側皆有腫瘤時，依據 SEER「Solid Tumor Rules」，判定單一或多重原發。

原始診斷之更新 (Revising the Original Diagnosis)

資料是可以由多方面的資訊取得，利用最新和最完整的資料來做登錄的依據。個案的紀錄會隨著時間進展而包含新的訊息，例如檢查、掃描及照會諮詢等，所以當這些訊息更完整時，有可能會改變原發部位、側性、組織類型及期別。若原發部位有變更，可能也有需要去更新與部位相關之分期及治療的編碼。根據最合適的資訊而重新針對原始診斷或期別進行編碼是不受時間限制的。然而，若分期的資訊有所更新，則仍必須遵守依個別的分期系統在時間選擇(timing)的規定。大部分需要更新的個案是原發不詳者。

範例：個案在醫院臨床診斷為癌病(carcinomatosis)。資料庫登記此個案為原發不明(C80.9)之未明示癌(8010/3)、癌病期別不詳。9 個月後，放液穿刺術(paracentesis)顯示為漿液性囊狀腺癌(serous cystadenocarcinoma)，醫師記載個案患有卵巢癌。因此要變更其原發部位為卵巢(C56.9)、histology 為漿液性囊

狀腺癌(8441/3)，而診斷性確診方式為細胞學檢查(編碼 2)；若可取得充足之訊息，也就是所取得的訊息符合AJCC在時間選擇上的要求，則可將其期別不詳變更為合適的分期內容，也就是 TNM 組成及期別組合(staging group)。

範例：在少數特殊情況下，醫師也可能會把個案之前以臨床診斷的惡性腫瘤，後來更改診斷為良性病灶。例如：個案從護理之家轉到申報醫院，胸部 X 光檢查顯示右肺有一個空洞形病灶。家屬要求個案不再接受進一步檢查或治療，醫師出院診斷記載為「右肺肺癌」，癌症登記人員登錄其原發部位為 C34.9。兩年後，個案胸部 X 光檢查原病灶處沒有改變，而醫師記載「排除肺癌之可能性」，則必須把此個案的肺部原發資料從資料庫中刪除。若個案還有任何其他原發，則必須調整其他癌症的發生順序。

癌症最初診斷期別 (Stage of Disease at Initial Diagnosis)

診斷性及分期性手術處置 (Surgical Diagnostic and Staging Procedure)

「診斷性及分期性手術處置」欄位，係指為了癌症診斷或分期的目的而執行的手術處置，並非為了治療而執行的手術。「診斷性及分期性手術處置日期」是指執行該診斷性和分期性手術處置的日期。

AJCC 之 TNM 分期(AJCC TNM Staging)

AJCC的TNM分期是在臨床、手術和病理學上評估其癌病嚴重程度之依據，同時可作為決定適當治療方式、判斷預後情形及測量最終結果。本手冊使用AJCC第八版的TNM分期標準，故下列通則適用於所有部位的AJCC分期：

- AJCC期別編碼操作型定義請參考癌症登記中心公告內容，癌登中心網站：

  https://twcr.tw/
- 癌症之臨床期別，應至少評估至最初診斷日四個月或至首次療程開始前，上述二種原則應取時間較短者。也就是說個案在首次療程開始後之資訊，不能用來評估臨床期別；若個案無接受首次療程則僅能評估至最初診斷日四個月；此外須特別注意，該評估期間若病程有進展(progress)或惡化之病歷資料則不可採用。
- 癌症之病理期別，應至少評估至最初診斷日四個月或首次療程之原發部位手術結束後，上述二種原則應取時間較長者。也就是說個案接受首次療程之原發部位手術日期早於最初診斷日四個月，也須評估至最初診斷日四個月；若是首次療程之原發部位手術開始於最初診斷日四個月後則應評估至首次療程手術結束。此外須特別注意，該評估期間若病程有進展(progress)或惡化之病歷資料則不可採用。
  - 如果該評估期間已接受手術前全身性治療/放射治療，則病理期別仍可評估，但病理分期的字根/字首(prefix/suffix descriptor)應編碼為4。
- AJCC第八版建議所有個案都應有顯微鏡檢確診後再進行TNM分期(包括臨床上的資訊)。少數個案雖沒有腫瘤的切片檢查或細胞學檢查也可以判定期別，但是這些個案必須予以個別分析，而且不可列入存活分析中(肝癌個案因大多數並未經病理確診，故肝癌個案不適用於此段說明)。
- 各申報醫院之癌症登記人員必須記錄臨床和病理的TNM及期別組合(stage group)。
- 臨床分期僅可參考探查式手術之訊息，若手術已達治療性腫瘤切除，其手術所見分期不可當成臨床分期，若醫師於病歷中(如門診記錄、discharge summary)，有記載相同之分期，方可採用。
- 對於可分析個案(個案分類編碼1或2者)，臨床醫師必須記錄足夠的AJCC編碼訊息(coding scheme)及臨床和病理的T、N、M組成。若病歷上有記載T、N、M組成而沒有期別組合之紀錄時，癌症登記人員可依據這些組成的訊息登錄期別組合。
- 有關各特定部位在分期組成及其期別組合之定義，請參考最新版本的AJCC癌症分期手冊作為譯碼的依據。

- 若個案有多重原發，則每個原發各自獨立判定其期別。
- 若期別組合無法由所記錄之T、N、M組成而決定，則記錄為不詳(999)。
- 當個案有多重原發且有轉移，切片檢查或可分辨其轉移的來源。若醫師無法判定何者原發有轉移，則記錄每個原發都有轉移。在一段時間之後，若醫師可確認何者原發有轉移時，則必須更新其合適的期別。
- 如果使用兒童分期(pediatric staging)而AJCC分期不適用時，臨床和病理的T、N、M及期別組合均編碼為88或888(不適用)。若臨床或病理的AJCC分期適用於兒童腫瘤時，則分別登錄適當的編碼而不是編碼為88或888。

含糊不清的詞彙

癌症分期之判定須依據此癌症擴散程度之主/客觀評估。當醫師無法針對此癌症是否侵犯至特定器官或組織給予明確的判定或病歷記載時，有時候會用一些所謂的「含糊不清的詞彙」來描述。以下表列詞彙為醫師病歷上經常使用之措詞，如果醫師對這些含糊不清的詞彙用法與下表有差異性時，應再與醫師諮詢討論以確認其所描述之詞彙之確切用意。

屬於構成腫瘤侵犯/延伸(tumor involvement/extension)的詞彙		不屬於構成腫瘤侵犯/延伸(tumor involvement/extension)的詞彙
Adherent	Into	Approaching
Apparent(ly)	Onto	Equivocal
Compatible with	Out onto	Possible
Consistent with	Probable	Questionable
Encroaching upon	Suspect	Suggests
Fixation, fixed	Suspicious	Very close to
Induration	To	

首次療程 (First Course of Treatment)

首次療程包括記錄所有治療計畫中以及在個案癌病惡化(disease progression)或復發之前所執行的治療方法。若醫師的治療計畫是不予以治療或密切觀察監控，個案日後接受的第一次治療不可當作首次療程。

維持性治療(Maintenance treatment)應視為首次療程的一部分（例如：白血病）。

- 癌症復發(Disease recurrence)：個案必須先經過一段無病期間(disease-free interval)或緩解(remission)，亦即臨床上並無該癌症存在之證據。在此無病期間之後，病歷上有記載此後來出現的腫瘤乃起源於原始腫瘤者。
- 緩和治療(Palliative therapy)：世界衛生組織敘述所謂緩和照護(palliative care)為藉由預防或減輕疼痛，以增進個案之生活品質。如果緩和治療也具有破壞或改變癌症組織增生者，則

亦可為首次療程的一部份。

例如：攝護腺癌第四期個案同時有因骨頭轉移所造成之劇烈疼痛，個案接受放射治療以縮小腫瘤藉而減緩其疼痛。此放射治療因為可減輕骨骼疼痛，所以是一種緩和照護；同時此放射治療因為有破壞腫瘤組織增生之用，所以也屬於首次療程。【參考 SEER Program Coding and Staging Manual 2018，第 148 頁】

首次療程摘錄定義 (Coding Defination for First Course of Treatment)

首次療程是指個案初診斷為癌症，於癌病惡化或復發前用來改變(modify)、控制、移除、破壞正在增生癌細胞的所有治療方式。至於時間及治療計畫等文件需求之詳細資料請再詳閱後續之說明。

- 一般首次療程起始於最初診斷日四個月內。
- 若個案在**申報醫院診斷**，於「最初診斷日期」四個月內未接受治療，而在「最初診斷日期」後四個月至一年內，且臨床期別T、N、M皆無惡化(T1a演變至T1b視為無惡化)或復發時，則此一年內所開始執行的治療，均可記錄為首次療程。
- 若個案在**外院診斷**且不論是否有治療計畫，於「最初診斷日期」四個月內所開始執行的治療，才視為首次療程。換句話說，若個案在他院診斷但未接受治療且超過最初診斷日期四個月後才至申報醫院，則個案於申報醫院所接受的治療，均不可記錄為首次療程。

  例外：個案於他院診斷並未接受任何治療，於最初診斷日期四個月後才至申報醫院，**申報醫院病歷內容可證實個案臨床期別T、N、M皆無惡化**(T1a演變至T1b視為無惡化)**或復發時**，則此一年內所開始執行的治療，均可記錄為首次療程。

治療計畫 (Treatment Plan)

治療計畫是指用來改變、控制、移除、破壞正在增生癌細胞的治療方式。這些治療計畫之記載可見於不同的來源：例如醫療或臨床記錄、會診報告以及門診記錄。

- 當確診後在醫師的治療計畫中所列之所有治療，若實際上個案都有接受這些治療，都算是首次療程的一部分。治療計畫中所列之所有治療，病情無惡化前提下，若中斷超過四個月後再繼續執行原治療計畫，請與主責醫師確認此中斷後的治療是否屬於首次療程的一部份。
- 出院計畫(discharge plan)一定是個案紀錄的一部分，且可能包含在全部或部分的治療計畫之內。
- 若病歷中沒有治療計畫時，則已建立的治療方案(established protocol)或經過共識的處置指引(accepted management guidelines)可當作是治療計畫的一部份。
- 如果病歷中沒有記載個案的治療計畫，不知癌病是否惡化或復發，且同時無法諮詢到主責醫師時，則「首次療程應結束於最初診斷日期後一年之內」；亦即對於缺乏治療計畫或是該院無標準治療指引的個案，超過一年所給予的治療均不屬於首次療程。
- 治療計畫療程結束四個月內，針對未惡化的殘存腫瘤做進一步治療，仍應列入首次療程。

  範例： 鼻咽癌個案放射治療後有殘存腫瘤，醫師於放射治療結束三個月後執行頸部淋

巴結摘除術。

- 所有首次治療項目的登錄，僅針對該癌症所執行的所有治療來登錄。若個案併有多發癌症，**不可登錄**針對其它癌別所執行之全身性治療；且若無法釐清該治療針對何種癌症進行，請詢問主責醫師。

例如：患者同時罹患第三期乳癌與子宮頸原位癌，醫師針對兩者均手術切除，治療計畫僅針對乳癌進行化學治療；此時，**不可將化學治療**登錄於子宮頸原位癌申報資料。

首次療程之時間間隔 (Time Periods for First Course of Treatment)

個案有接受首次治療，則「首次療程開始日期」應登錄「首次手術日期」、「放射治療開始日期」、「全身性治療開始日期」、「其他治療開始日期」及局部化學治療開始日期中的最早日期。

- 若個案沒有治療可以提供，則記錄決定不予治療的日期、個案拒絕治療的日期或個案死亡的日期。
- 若選擇積極監測或予以密切觀察(Active surveillance or watchful waiting)，則摘錄決定予以密切觀察之日期為首次療程開始日期。
- 未接受申報醫院所建議治療之個案，失聯與否或未看到明確拒絕紀錄者，此欄位應摘錄建議治療的日期。

除了白血病以外之所有惡性腫瘤(All Malignancies Except Leukemias)

首次療程包括癌症確立診斷後，由醫師最初計畫或執行的所有治療；此療程可包含多種治療方式，而且執行期間可能是一年或更長。

- 在首次療程停止之後所執行之任何治療，皆為後續治療(subsequent treatment)，不可記錄於首次療程。
- 腫瘤未惡化的前提下，因治療毒性或副作用而修改治療，仍屬首次療程。
- 導引/前導性輔助療法(Induction or Neoadjuvant Therapy)後腫瘤未惡化但對治療反應不佳，而修改治療，仍屬首次療程。

白血病(Leukemias)

首次療程包括白血病確立診斷後，由醫師最初計畫或執行「引導緩解(remission-inducing)」至「維持緩解(remission-maintaining)」之所有治療。治療處方可包含多種治療方式，這些治療的執行期間可持續一年或更久。個案達到第一次緩解(remission)之後可能會出現復發(relapse)，在復發之後所執行之任何治療皆為後續治療，不可記錄在首次療程。

手術 (Surgery)

首次手術的相關欄位是描述個案在任何醫院所接受之最確切的手術治療方式、手術日期及其效果。若未接受手術，則須記錄未手術的原因。

相關欄位之描述，請參考第二部份編碼指引。

以下欄位適用於申報醫院或外院之手術處置：

「首次手術日期」

「原發部位最確切的手術切除日期」

「原發部位手術邊緣」

「原發部位手術切緣距離」

「原發部位未手術原因」

以下欄位適用於外院之手術處置：

「外院原發部位手術方式」

「外院區域淋巴結手術範圍」

「外院其他部位手術方式」

以下欄位適用於申報醫院之手術處置：

「申報醫院原發部位手術方式」

「微創手術」

「申報醫院區域淋巴結手術範圍」

「申報醫院其他部位手術方式」

手術欄位的相互關係

「首次手術日期」,係指於申報醫院或外院執行「原發部位手術方式」、「區域淋巴結手術範圍」或「其他部位手術方式」的日期中，選取最早的日期。

注意 1：「區域淋巴結手術範圍」編碼為 1 者，如診斷性切片取樣或抽吸取樣，不可編至「首次手術日期」欄位。

注意 2：僅執行哨兵淋巴結取樣(sentinel lymph node sampling；SLNB)或哨兵淋巴結取樣合併區域淋巴結手術，所執行之哨兵淋巴結取樣日期皆不可編碼於「首次手術日期」欄位。

- 若手術是首次療程的唯一方式，或是多重治療模式中的第一種治療方式，則「首次手術日期」等同於「首次療程開始日期」。

「原發部位手術方式」、「區域性淋巴結手術範圍」或「其他部位手術方式」可於一次或多次手術中完成。若一次手術同時治療多個癌症，則每個癌症應分開記錄其合適之手術相關欄位。

- 「原發部位手術方式」的編碼具部位專一性，係指局部破壞腫瘤或切除最大範圍之原發部位及其周邊組織/器官的手術方式。
- 「區域淋巴結手術範圍」的編碼包含哨兵淋巴結(sentinel nodes)或區域淋巴結，因診斷或分期的目的所進行之抽吸、切片或移除。

注意: 區域淋巴結範圍不含遠端淋巴結。

- 「其他部位手術方式」係指首次療程所進行之遠端淋巴結、區域或遠端組織/器官切除。也

就是說，切除原發部位(包括周圍組織)以外的組織或器官，以及切除原發部位區域淋巴結以外的淋巴結。

無論切除的組織有無癌細胞存在，應選取最適合最完整的手術方式進行編碼。**若所執行的手術並非癌症治療計畫的一部份，則此手術絕不能併入手術方式之編碼。**

大部分與部位相關之「原發部位手術方式」之術式編碼及相關敘述，是可以依現行治療方式隨時調整，但必須依據下列群組的方式給予編碼。

- 編碼10-19是指與部位相關之腫瘤破壞、且手術中沒有取組織標本送病理檢查的手術。
- 編碼20-80是指與部位相關之切除手術。
- 如果單一腫瘤進行多次原發部位手術時，以最廣泛或最確切手術通常是最後執行的手術、且手術編碼具涵蓋這些不同的手術方式的累積效果作為編碼。
- 附錄B「特定部位手術編碼」是以切除方式和範圍的程度來作為編碼分組依據。術式編碼00-79在同一層級文字內縮之術式比未內縮的術式更為精準，不同層級的編碼則是依手術切除範圍的廣泛程度之漸進性來排序編碼，列於越後面的術式應比列於越前面或內縮的術式應優先編碼。

範例：原發為Rectosigmoid，接受polypectomy with electrocautery(列在polypectomy之後)治療，編碼為22。

20 Local tumor excision, NOS

26 Polypectomy
27 Excisional biopsy

Combination of 20 or 26–27 WITH

21 Photodynamic therapy (PDT)
22 Electrocautery
23 Cryosurgery
24 Laser ablation

25 Laser excision

注意： 若有特殊術式編碼方式請參考附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼。

特殊編碼 98，適用於無法清楚定義其原發部位的特定性腫瘤。下列情形之特定部位/組織形態學特性的腫瘤，其「原發部位手術方式」應編碼為 98：(1)原發不明(C80.9)和分界不明之原發部位(C76._)；(2)造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。至於前述之特定性腫瘤是否有進行手術，可記錄於「其他部位手術方式」以作為辨識。

「區域淋巴結手術範圍」不具部位專一性。主要區分為哨兵淋巴結切片檢查和區域淋巴結切除，以及同一次手術中先執行哨兵淋巴結切片檢查，之後再執行區域淋巴結切除。

「其他部位手術方式」比較簡化且不具部位專一性，係指是否有在不明原發/分界不明之原發部位，或於造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病等組織類形之腫瘤進行手術。若這些癌症有執行手術，則「其他部位手術方式」編碼為 1。

「原發部位最確切的手術切除日期」、「原發部位手術邊緣」等欄位，應以最確切的(最侵入

性的)手術方式予以編碼，並應與「原發部位手術方式」欄位的內容相符。當原發部位未進行手術時，原因應記錄於「原發部位未手術原因」欄位中。

- 「原發部位最確切的手術切除日期」是指「原發部位手術方式」所記錄之特定手術的執行日期。若首次療程僅執行一次手術，則本欄位的日期與「首次手術日期」相同。
- 進行多次原發部位手術時，若「原發部位手術方式」編碼不變，則「原發部位最確切的手術切除日期」摘最早手術日期編碼；若「原發部位手術方式」編碼層級較高/較精確時，則「原發部位最確切的手術切除日期」以層級較高/較精確做為最後手術日期編碼。

  範例：膀胱癌個案於 2011 年 6 月 1 日接受 TURBT 治療(術式碼為 27)，病理報告結果為 T1 但因手術邊緣未乾淨，個案於 2011 年 6 月 15 日再次接受 TURBT 治療(術式碼為 27)，其「原發部位最確切的手術切除日期」為 2011 年 6 月 1 日。

  範例：膀胱癌個案於 2011 年 6 月 25 日接受 TURBT 治療(術式碼為 27)，因手術邊緣未乾淨，個案於 2011 年 7 月 13 日接受 TURBT + cryosurgery (術式碼為 23) ，其「原發部位最確切的手術切除日期」為 2011 年 7 月 13 日。

- 若申報醫院及外院皆有進行原發部位手術，**且**申報醫院及外院「原發部位手術方式」欄位編碼**相同**，應依時間順序摘錄「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」。

  範例：膀胱癌個案於 2011 年 6 月 1 日在外院接受 TURBT 治療(外院術式碼為 27)，病理報告結果為 T1 但因手術邊緣未乾淨，後個案因地緣關係，轉至申報醫院並於 2011 年 6 月 15 日再次接受 TURBT 治療(申報醫院術式碼為 27)，其「首次手術日期」為 2011 年 6 月 1 日，「原發部位最確切的手術切除日期」為 2011 年 6 月 15 日。

- 若申報醫院及外院皆有進行原發部位手術，但申報醫院及外院「原發部位手術方式」欄位編碼**不同**，則「原發部位最確切的手術切除日期」應摘錄「原發部位手術方式」欄位編碼層級較高/較精確之日期。

  範例：乳癌個案於 2011 年 6 月 25 日在外院接受 subcutaneous mastectomy(外院術式碼為 30)，後個案轉至申報醫院發現手術邊緣未乾淨，後於 2011 年 7 月 15 日再次接受 reexcision (申報醫院術式碼為 23)，其「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」皆為 2011 年 6 月 25 日。

- 「原發部位手術邊緣」是指「原發部位手術方式」登錄的手術切除後，經由顯微鏡或肉眼觀察判斷切除邊緣是否仍有癌細胞。
- 「原發部位未手術原因」可知道未提供個案手術治療的原因，並可區分醫師是因為個案的禁忌症而未建議作手術，或是因為個案拒絕所建議的治療計畫。

放射治療 (Radiation Therapy)

放射治療欄位是與臨床相關的，並能明確地定義且更能有效地反應放射治療癌症的醫療模式，以及呈現放射治療在癌症個案治療上的貢獻。這 20 個欄位可以更適切地呈現放射治療的臨床資訊，此資訊含放射治療方式、放射治療技術、照射部位、劑量、次數、期程以及放射與手術和/或化學治療之關係。

放射治療 20 個欄位，分為下列三個次類組，相關欄位描述，請參考第二部份的編碼指引。

- 放射治療一般資訊：放射治療的總體摘要。
- 體外放射治療External Beam Radiation Therapy (EBRT)：體外放射治療之記錄。
- 其他放射治療(Other Radiation Therapy)：其他放射治療之記錄，包含近距放射治療、放射線同位素治療、放射手術、質子治療(proton therapy)、硼捉中子治療(boron neutron capture therapy)等。
- **委託他院執行部分放射治療摘錄原則：**
  個案首次療程經醫師規劃需放射治療，因放射治療儀器因素，委託其他醫院執行**部份**放射治療；主要治療規劃醫院必須申報所有放射治療資料；被委託執行放射治療之機構則不需申報放射治療內容。

  注意：若**全部**放射治療於被委託或於轉介醫院執行，主要治療規劃醫院不須申報放射治療資料；被委託或接受轉介執行放射治療之機構必需申報所有放射治療內容。

  說明：個案於申報醫院接受癌症治療，醫師規劃需接受近距治療(Brachytherapy)，但申報醫院無近距放射治療儀器，故委託外院執行近距治療；因申報醫院為主要治療及規劃醫院，若可取得外院放射治療摘要時，申報醫院應登錄近距放射治療的內容，且個案分類應編碼為**113**。而外院僅接受委託執行近距治療，不需登錄近距放射治療的內容，且個案分類編碼應為**322**。

以下欄位適用於申報醫院或外院之放射治療：

「放射治療與手術順序」

「區域治療與全身性治療順序」

以下欄位適用於申報醫院之放射治療：

「放射治療臨床標靶體積摘要」

「放射治療儀器」

「放射治療開始日期」

「放射治療結束日期」

「放射治療執行狀態」

「體外放射治療技術」

「最高放射劑量臨床標靶體積」

「最高放射劑量臨床標靶體積劑量」

「最高放射劑量臨床標靶體積治療次數」

「較低放射劑量臨床標靶體積」

「較低放射劑量臨床標靶體積劑量」

「較低放射劑量臨床標靶體積治療次數」

「其他放射治療儀器」

「其他放射治療技術」

「其他放射治療臨床標靶體積」

「其他放射治療臨床標靶體積劑量」

「其他放射治療臨床標靶體積治療次數」

放射治療欄位的相互關係

在放射治療一般資訊次分節中的欄位，登錄整個放射治療療程的摘要。而整個放射治療療程又再細分成「體外放射治療」及「其他放射治療」。其他放射治療包含近距放射治療、放射線手術、放射線同位素治療等。

登錄放射治療部位的欄位是在「放射治療臨床標靶體積摘要」、「最高放射劑量臨床標靶體積」，「較低放射劑量臨床標靶體積」及「其他放射治療臨床標靶體積」。

腫瘤手術通常是根據原發腫瘤部位的切除廓清程度，及區域淋巴結摘除的範圍大小來分類。因為放射治療亦屬於腫瘤局部治療的一種方式，因此放射治療的範圍是否只涵蓋腫瘤原發部位或是也包括區域淋巴結，應該被登錄以備未來癌症治療之研究與比較。本手冊運用簡單的組合編碼方式來登錄主要放射照射治療標靶是否涵蓋局部原發腫瘤部位、區域淋巴結、遠端轉移，或是此上述三類型區域的各種組合。

本手冊採用國際放射線單位和測量協會(The International Commission of Radiation Units and Measurement)發布之 50 和 62 號報告－「光子治療的處方、紀錄和報告」－中所建議的標準方式來登錄放射治療之重要資料，只採用其中體外放射治療的最基本資料，也就是照射目標、總劑量和照射次數。

放射腫瘤科醫師在開立放射治療處方時，有三點主要應考量因素：

- 個別癌症對於放射線的敏感性
- 腫瘤大小或腫瘤負荷
- 周邊正常組織對於放射線的耐受度

在 ICRU 50 號報告中，可被辨認之腫瘤區域定義為 GTV(Gross Tumor Volume，顯著腫瘤體積)；而臨床上疑似有顯微性侵犯之部位範圍，則被定義為 CTV(Clinical Target Volume，臨床標靶體積)，而此 CTV 可能包括也可能沒有涵蓋 GTV。放射腫瘤醫師會根據各個部位之腫瘤負荷，在放射治療計畫中，可能會定義數個 CTV 並分別給予適當之放射線劑量處方。

在臨床執行時，放射腫瘤醫師會對各個治療的部位予以詳細的命名。放射治療部位的命名慣例通常是採用解剖學之結構名稱，而此結構名稱直接地或間接地指出放射治療的標靶是否是原發腫瘤及其鄰近結構、區域淋巴結或遠端轉移。以解剖學之結構名稱來命名放射治療部位最常見於症狀緩解之二維放射治療。但如果遵循 ICRU 的建議，放射腫瘤醫師會以 CTV_1，CTV_2，…， CTVn 來代表接受不同放射劑量之放射標靶區域或部位，並且會詳細註解各個 CTV 所涵蓋的解剖結構。癌症登記人員應可在放射治療摘要中辨別各個 CTV 是否是原發腫瘤及其鄰近結構、區域淋巴結或遠端轉移。值得注意的是在 ICRU 所建議的 CTV 之編號並未強制與放射治療的劑量高低成正相關性，因此甲醫院的 CTV_1 可能是代表接受最高放射劑量的區域，而乙醫院的 CTV_1 可能是代表接受最低放射劑量的區域。

本手冊定義兩個臨床標靶體積，CTV_H 及 CTV_L，來收集體外放射治療的資料。CTV_H 代

表有接受最高放射劑量臨床標靶體積，而 CTV_L 代表接受較低劑量臨床標靶體積。

- 沒有一定或絕對的數值來定義放射劑量的高低。CTV_H的最高放射劑量及CTV_L的較低劑量，只代表該放射療程中，相對的高低劑量關係。
- 一般而言，CTV_H通常也就是顯著腫瘤體積(GTV)或者是手術切除腫瘤後臨床上無法偵測但相對的高腫瘤負荷(Tumor Burden)及高復發機率的開刀範圍。而CTV_L代表相對低腫瘤負荷的臨床標靶體積。但是也有一些例外之情況，請參閱編碼指引之範例。
- CTV_L可能是鄰近於CTV_H的另一個範圍，也可以是圍繞在CTV_H外的區域。
- 如果放射治療摘要中有三個(含)以上的放射劑量，只需登錄最高的兩個劑量之相關資料。但有例外之情況，請參閱編碼指引之範例。
- CTV_H或CTV_L可個別同時包括接受相同放射劑量的原發腫瘤、區域淋巴結或遠端轉移。
  - 放射劑量單位一般分為Gy(Gray)及cGy(centi-Gray)，單位間轉換關係是1Gy = 100 cGy。上述所指相同放射劑量應以Gy(Gray)為單位，四捨五入後取小數點一位後相同。

    範例：放射物理師在最後以 cGy 單位作總計量結算時，會因為一些狀況得到個位數，例如 5944cGy in 33 fractions (亦即 59.44Gy / 33 fractions)。

  - 癌症登記師如有疑慮，可逕行詢問原放射治療主治醫師澄清。必要時，癌症登記人員應請教放射腫瘤醫師判定是否可將數個有類似但不完全相同劑量的CTV合併成單一CTV進行編碼。
- 本手冊利用可相加組合之代碼，局部原發腫瘤部位/部位(T)為1、區域淋巴結(N)為2和遠端轉移(M)為4，來描述記錄放射治療的目標範圍是原發腫瘤部位、區域淋巴結或遠端轉移，以及上述三種範圍的所有可能之組合。舉例如下：

  範例：膠質細胞瘤局部放射治療編碼為 1。

  範例：Medulloblastoma 的全腦及脊髓治療(craniospinal irradiation)編碼為 5 (因為含局部腫瘤和可能延脊髓遠端散播之區域)。

- 除了T(1)、N(2)及M(4)外，還有三個特別可合併相加之代碼：8代表廣泛淋巴照射，16代表全身照射，32代表全身皮膚電子射線放射治療。
- 「放射治療臨床標靶體積範圍摘要」是「最高放射劑量臨床標靶體積」，「較低放射劑量臨床標靶體積」及「其他放射治療臨床標靶體積」等三項資料之整合摘要。

「放射治療儀器」記錄放射治療所使用的儀器，為了能簡化編碼但又能涵蓋所有可能複雜之合併放射治療，本手冊定義可合併相加之編碼如下：1 代表一般體外放射治療機；2 代表放射手術；4 代表近距放射治療；8 代表放射線同位素治療；32 代表其他帶電荷粒子治療機或中子治療機；64 代表硼捉中子治療。合併相加原則不適用於 16 質子治療。

「放射治療開始日期」，係指開始放射治療第一天之日期，而此放射治療必須是癌症首次療程的一部份，此欄位資料加上「放射治療結束日期」，即可算出整個放射治療療程的長短。

- 如果放射治療是合併多種放射療法，「放射治療開始日期」及「放射治療結束日期」分別是所有合併多種放射治療的第一天及最後一天。

- 如果放射治療是唯一的治療方式，或者是合併手術或/及藥物治療中第一個治療，則「放射治療開始日期」也就是「首次療程開始日期」。這兩個日期可以被應用於計算從癌症診斷到癌症治療之間的延遲時間。
- 如果手術後放射治療，「放射治療開始日期」及「首次手術日期」可以被應用於計算從癌症手術治療到癌症放射治療之間的延遲時間。
- 當放射治療是在首次癌症治療計畫中的一部份，但在癌症登錄時仍未能開始進行放射治療時，「放射治療開始日期」應編碼為88888888。

癌症多重療法可以合併用放射治療、手術或藥物治療。因此，此三種療法之間的交互作用方式是很重要的，因此應予以記錄。

- 「放射治療與手術順序」係登錄放射治療與手術的時間先後順序。此欄位編碼也是可合併相加的。
- 「放射治療與手術順序」欄位中的手術治療僅適用於：(1)原發部位的手術編碼為20-90，(2)區域淋巴結手術範圍編碼為2-7。
- 「區域治療與全身性治療順序」係登錄區域治療與全身性治療的時間順序關係。區域治療包括手術與放射治療，而全身性治療包括化學藥物治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療及標靶治療等藥物治療，此欄位編碼也是可合併相加的。
  - 「區域治療與全身性治療順序」欄位中的區域治療如為手術，此手術定義範圍為原發部位手術編碼為20-90之處置。
  - 「區域治療與全身性治療順序」欄位中的全身性治療如為化學治療，其給藥途徑僅限於靜脈注射，動脈灌注(intraarterial infusion)，皮下注射及口服等一般全身性給藥途徑；而不包括單用下列特殊給藥途徑：動脈栓塞化學治療(TACE)、intraperitoneal、intrapleural、intrathecal、intravesical、intraocular、 intratumoral等。

注意：骨髓/幹細胞或內分泌治療不屬於藥物治療，在「區域治療與全身性治療順序」欄位不應列入比較。

- 合併「放射治療與手術順序」、「區域治療與全身性治療順序」、「首次手術日期」、「放射治療開始日期」及「全身性治療開始日期」可以幫助了解手術、放射治療及全身療法三者之間的先後順序關係。
- 「放射治療執行狀態」，係登錄個案沒有接受放射治療的原因，是因為醫師判定個案有禁忌症而未建議放射治療，還是因為個案拒絕醫師所建議的治療計畫。

關於放射治療技術，放射治療的標靶體積，放射治療的劑量及次數等資料，在「體外放射治療」及「其他放射治療」等兩個次分節中有進一步的記錄。

在「體外放射治療」次分節中的「體外放射治療技術」欄位，記錄臨床確切相關的放射治療技術。此欄位也是可合併相加的。

- 相較於傳統二維體外放射治療，三維順形放射療法及強度調控放射療法等昂貴先進的體外放射治療技術，已被證明能提高局部腫瘤控制率及降低正常組織併發症之機率。但對於達到症狀緩解的目地而言，二維體外放射治療往往已足夠提供很好的療效，而不需要使用到

這些昂貴的先進體外放射治療技術。治療中影像導引放射療法可以提高至放射治療時的精確性。呼吸監控技術可以降低如肺癌及肝癌等胸腹部癌症，接受放射治療所引起的併發症之機率。質子治療需要特殊的放射治療儀器，因此也列入「治療儀器」的項目內。雖然質子治療的放射生物效應(radiobiological effective，簡稱RBE)與一般光子射線治療及電子射束治療相當，但因為其具有Bragg Peak劑量分布的優異性，質子治療相較於一般體外放射治療有較低的整體劑量(integral dose)。

本手冊將近距放射治療、放射線同位素治療、放射手術、中子治療機、其他帶電荷粒子治療機，甚至硼捉中子治療等的資料與體外放射治療的資料分離並且記錄至「其他放射治療」次分節的欄位。本欄位的編碼，將視「其他放射治療儀器」欄位內容而有所不同，詳見第二部份編碼指引。

全身性治療 (Systemic Therapy)

全身性治療包含化學治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療、骨髓/幹細胞移植或內分泌處置及標靶治療等治療方式。這些欄位的描述及相互關係可區分影響個案荷爾蒙或免疫平衡之全身性治療給藥和內科處置。

相關欄位的描述，請參考第二部份編碼指引。

以下欄位適用於申報醫院或外院所執行之全身性治療：

「全身性治療開始日期」

「骨髓/幹細胞移植內分泌處置」

以下欄位適用於外院所執行之全身性治療：

「外院化學治療」

「外院荷爾蒙/類固醇治療」

「外院免疫治療」

「外院標靶治療」

以下欄位適用於申報醫院所執行之全身性治療：

「申報醫院化學治療」

「申報醫院化學治療開始日期」

「申報醫院荷爾蒙/類固醇治療」

「申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始日期」

「申報醫院免疫治療」

「申報醫院免疫治療開始日期」

「申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期」

「申報醫院標靶治療」

「申報醫院標靶治療開始日期」

全身性治療的詞彙說明	
詞彙	定義
化學治療	使用抗腫瘤藥物干擾 DNA 合成及有絲分裂以抑制癌細胞生長的機轉，達到抗腫瘤效果。
荷爾蒙/類固醇治療	改變荷爾蒙的平衡協調以達到抗腫瘤效果。包括給予荷爾蒙藥物、具荷爾蒙機轉的藥物、抗荷爾蒙藥物及類固醇藥物。
免疫治療	改變免疫系統或改變宿主對腫瘤細胞的反應，以達到抗腫瘤效果。
標靶治療	標靶治療包括多種抗癌藥物，可能與細胞癌化過程有關的分子或是酵素，為一種新的標地性治療藥物直接作用於癌細胞中的異常蛋白，是癌細胞異常增生或是抗藥性增加有關的細胞訊息傳導路徑、或是促進腫瘤異常的血管增生及癌細胞轉移的調控機轉等。以透過對這些異常機轉的抑制以達到抗癌的治療效果，故此類標靶藥物具有癌細胞專一性。
內分泌處置	使用放射線或手術方式抑制個案體內荷爾蒙的活性，進而改變/影響癌細胞生長之長期控制，最後達到抗腫瘤效果。
骨髓或幹細胞移植	藉以保護個案免於因為接受高劑量之化學治療或放射治療所產生骨髓抑制或骨髓受損作用的治療方式。

抗腫瘤藥物的分類可下載 SEER 網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據。

在治療週期所給予之化學治療，可能是單一或多種化學藥物合併處方。白血病以外之所有惡性腫瘤(All Malignancies Except Leukemias)於治療過程中因藥物毒性、不良反應或副作用而修改處方，在未惡化的前提下，主治醫師可能會更換藥物，則此新的處方仍視為首次療程。

標靶治療藥物請參考SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 中subcategory描述為targeted therapy、_____kinase inhibitor、epidermal growth factor (EGF) receptor、cytostatic agent、antiangiogenesis agent、mTOR(mammalian target of rapamycin)、monoclonal antibody 作為編碼依據。

使用 SEER 網站上之藥物查詢工具時，除上述標靶藥物須參考「subcategory」欄位描述外，其餘全身性治療藥物請以「Category」欄位描述類別為登錄依據。

常見標靶及免疫藥物治療請參考附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單。

全身性藥劑可以經由靜脈注射、動脈灌注(intra-arterial infusion/injection)、皮下注射或口服方式給藥。其他給藥途徑包括下列各項：

Method	Administration
脊髓腔注射(Intrathecal)	藉由腰椎穿刺將細針插入植入式連接裝置(稱為 Ommaya reservoir)直接將藥物注入腦脊髓液中給藥。
肋膜腔/心包膜腔注射	將藥物直接注射至肋膜腔或心包膜腔中以控制惡性積水。
腹腔內注射	將藥物注射至腹腔內。
肝動脈注射	將藥物注射至事先植入肝動脈的導管中。

全身性治療欄位的相互關係

「全身性治療開始日期」是首次療程中的任何一種全身性治療之最早開始日期。九成僅接受單一藥物類別之治療(化學治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療、骨髓/幹細胞移植或內分泌處置或標靶治療)，而接受多種全身性治療的個案中，2/3 的個案是同時開始這些治療。

- 首次療程之全身性治療的開始通常會有所延遲，當全身性治療已列入治療計畫的一部份，但在摘錄此個案時尚未開始接受該項治療，則「全身性治療開始日期」編碼為88888888。
- 「化學治療」、「荷爾蒙/類固醇治療」、「免疫治療」、「骨髓/幹細胞移植或內分泌處置」和「標靶治療」等欄位，係指個案是否接受這些不同類別的藥物，以作為首次療程的一部份。
- 上述欄位的編碼中，均包含個案未接受該項藥物給藥的原因，可區分醫師未建議作全身性治療是因為個案有治療禁忌或個案拒絕所建議的治療計畫。

「骨髓/幹細胞移植或內分泌處置」較罕見，通常是個案接受內科、外科或放射治療之後，其荷爾蒙或免疫平衡受到影響所採取的治療方式。

- 骨髓或幹細胞移植等造血性處置，常與全身性藥物(通常是化學治療)併用的一種治療方法。
- 以放射或手術方式所進行的內分泌處置，可與全身性藥物(通常是荷爾蒙治療藥物)併用。
- 首次療程中，骨髓/幹細胞移植很少與放射或手術方式之內分泌處置合併進行，因此，本欄位的編碼40應與主責醫師確認為宜。

其他治療(Other Therapy)

其他治療範圍為無法歸類於本手冊定義首次療程所規範之手術、放射治療或全身性治療的範疇。為了解個案仍有做治療處置，需登錄其相關欄位。

對於須申報之血液惡性腫瘤採支持性照護，較未能符合往常以改變、控制、移除、破壞增生癌細胞的治療方式則可歸屬於其他治療，例如放血治療、抗凝血劑等。

相關欄位的描述，請參考第二部份的編碼指引。

以下欄位適用於申報醫院或外院所執行之其他治療處置：

「治療狀態分類」

「首次療程開始日期」

「其他治療開始日期」

「其他治療」

以下欄位適用於外院所執行之其他治療處置：

「外院化學治療」

「外院荷爾蒙/類固醇治療」

「外院免疫治療」

「外院標靶治療」

以下欄位適用於申報醫院所執行之其他治療處置：

「申報醫院化學治療」

「申報醫院荷爾蒙/類固醇治療」

「申報醫院免疫治療」

「申報醫院標靶治療」

- 其他治療處置請詳見「治療狀態分類」及「其他治療」欄位之定義。

  注意：其他治療若後續有新增處置，將以SEER 網站上之藥物查詢工具為依據：
  http://seer.cancer.gov/tools/seerrx/

- 臨床試驗可藉由下列網站查詢相關藥物治療：

  「台灣藥物臨床試驗資訊網」http://www1.cde.org.tw/ct_taiwan/archive1.html

其他治療欄位的相互關係

「其他治療開始日期」是首次療程中的任何一種其他治療之最早開始日期。個案若於任何醫療機構接受其他治療需依情況摘錄於適當欄位中。

- 首次療程中僅接受其他治療，則「首次療程開始日期」與「其他治療開始日期」一致。
- 接受臨床試驗藥物治療應依據臨床試驗藥物屬性不同，分別摘錄於「化學治療」、「荷爾蒙/類固醇治療」、「免疫治療」和「標靶治療」等欄位中。若無法得知該臨床試驗藥物治療應歸於上述何類時，則編碼於其他治療欄位。
- 臨床試驗中的雙盲試驗為受試驗的對象及研究人員並不知道那些對象屬於對照組，那些屬於實驗組。只有在所有資料都收集及分析過之後，研究人員才會知道實驗對象所屬組別，即解盲（unblind）。藥物測試中病人被隨機編入對照組及實驗組。對照組被給予安慰劑，而實驗組給予真正藥物。無論是病人或觀察病人的實驗人員都不知道誰得到真正的藥物，直至研究結束為止。

緩和照護(Palliative Care)

緩和照護是作為減輕症狀之用，包括手術、放射治療、全身性治療(化學治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療、標靶治療)、局部處置或其他各種症狀緩解處理。緩和照護可藉由控制個案症狀而延長其壽命、減輕個案疼痛、或使個案覺得舒適。緩和照護並非用來診斷原發腫瘤或判斷期別。

相關欄位的描述，請參考第二部份的編碼指引。

以下欄位適用於申報醫院所執行之緩和照護：

「申報醫院緩和照護」

- 在首次療程中任何用來作為原發或轉移性癌細胞之改變、控制、移除或破壞的手術、放射治療或全身性治療，都應摘錄於各別的治療欄位內。特定的編碼指引，請參照前面的手術治療、放射治療及全身性治療欄位的討論。
- 首次療程中任何藉由處理個案的症狀、減輕疼痛、或使個案覺得更舒適而延長個案壽命的治療方式，均可記錄為緩和照護。
- 緩和照護可包括不屬於手術、放射治療或全身性治療的疼痛處理。
- 個案可接受一種或複合式治療方法，同時再合併緩和照護以減輕疼痛。例如，個案患有轉移性攝護腺癌，做睪丸切除術及全身性荷爾蒙治療，同時因轉移到骨頭而作緩和性放射治療。
- 個案經醫師診斷為癌症末期，並評估其首次療程不適合根治性手術、放射治療或全身性治療，如有接受住院安寧或居家安寧照護，應摘錄在「申報醫院緩和照護」欄位。
- 根據Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual：
  輸血(全血或血小板等)為治療貧血症狀，可視為症狀緩解，而非癌症治療；勿將輸血處置編碼於治療欄位，因為無法歸類為症狀緩解或癌症治療。若個案**僅**接受輸血處置，請登錄為緩和治療。

  範例："僅"接受血液疾病之輸血「治療狀態分類」欄位應編碼為4，並可登錄於「申報醫院緩和照護」編碼為7 且「首次療程開始日期」編碼為 00000000。

結果 (Outcomes)

「結果」之相關欄位可了解個案疾病及存活狀態。在癌症登記資料庫內，仍存活的可分析個案至少應每年進行一次追蹤。記錄個案的追蹤資料可獲得最新最近的資訊，這些資訊可由住院及再住院紀錄、聯繫醫師或直接與個案聯繫等資料中獲得。

相關欄位的描述，請參考第二部份的編碼指引。

需要於申報醫院資料庫裡追蹤相關欄位為：

當第一次收案建檔時，其首次療程的訊息可能會不完整。因此，必須持續進行個案追蹤以確定收集到必要的治療資訊。須持續追蹤的狀況包括：

- 在進行個案最近一次追蹤時，首次治療計畫中預定要執行之手術、放射治療、化學治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療、骨髓或幹細胞移植或內分泌處置、標靶治療等尚未開始進行、或尚未全部完成治療(亦即個案仍在治療中)時。也就是說，如果放射治療或全身性治療開始日期等治療日期編碼為88888888、治療或未治療原因相關欄位編碼為88或8者，表示個案的治療資訊尚未收集完成，則必須繼續追蹤並更新這些治療的相關資訊。
- 當所有治療計畫中的首次療程都記錄為已完成，則首次療程的欄位就不需再追蹤。
- 癌症復發之追蹤應該持續進行直到(1)癌症已復發或(2)個案已死亡為止。若「首次復發型式」記錄為70(未曾處於無癌狀態)，且個案最近一次回診時，治療仍持續進行中，則追蹤時必

須檢視個案後續是否已經變成無癌狀態(cancer free)。若首次治療是因為癌症病情惡化而終止，個案有可能在接受第二個療程或後續治療之後轉變為無癌狀態。若「首次復發型式」記錄為00(已經無癌且沒有復發)，則應持續追蹤是否有復發，若出現復發則記錄其發生日期。

注意：判斷是否為復發或是第二原發，須依據美國 SEER「多重原發和組織類型編碼規則(Solid Tumor coding rules)」規範。

- 一旦首次復發已記錄，之後就不需再更新復發相關的欄位。
- 當個案仍存活時，亦須確認個案之「最後連絡或死亡日期」的資訊應保持在最新狀態。
- 癌症登記資料庫內所有可分析個案，必須每年持續進行「生存狀態」之追蹤。
- 一旦個案記錄為死亡，則不需再作追蹤。

第二部份 編碼指引

個案確認

申報醫院代碼

Reporting Hospital Code

欄位長度：10

癌登欄位序號 #1.1

NAACCR Item #540

欄位敘述：

確認申報醫院之醫事機構代碼。

收錄目的：

確認申報醫院。

編碼指引：

各家醫院均有醫事機構代碼，依申報醫院之「健保申報代碼」填入。

病歷號碼 Medical Record Number	欄位長度：10 向左靠，後面留空白 癌登欄位序號 #1.2 NAACCR Item #2300

欄位敘述：

記錄個案於申報醫院之病歷號碼。

收錄目的：

用來辨識個案及作為調閱病歷之依據；亦可作為辨識個案是否有多重原發腫瘤之依據。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院之病歷號碼。
- 若病歷號碼少於10碼，則直接填入病歷號碼，資料向左靠、後面留空白；若有英文字母請大寫。
- 若病歷號碼未知，則編碼為9999999999。

姓名

Name

欄位長度：10

癌登欄位序號 #1.3

欄位敘述：

填寫個案的姓名。

收錄目的：

用來辨識個案。

編碼指引：

- 本欄位不可空白，若不知道個案的姓名，則編碼為不詳。
- 若電腦中無此字，請用「？」全形字體替代；字與字中間不可空白。

編碼	定義
不詳	如果個案的姓名不詳，則填入「不詳」。

身分證統一編號

ID Number

欄位長度：10

癌登欄位序號 #1.4

欄位敘述：

記錄個案的身分證統一編號。

收錄目的：

用來辨識個案。

編碼指引：

- 記錄個案的身分證統一編號。
- 身分證統一編號應確實詳填，並需與性別符合，身分證統一編號英文字母後第一位數字若為1則為男性，2則為女性。
- 身分證統一編號若不詳，應設法透過各種管道查證，如：詳閱病歷資料(住院許可證、手術同意書、護理紀錄單等)、醫院電腦系統、或直接向個案及相關人員查詢等。

編碼	定義
9999999999	個案無身分證統一編號。

性別

Sex

欄位長度：1

編碼範圍：1-4, 9

癌登欄位序號 #1.5

NAACCR Item #220

欄位敘述：

確認個案的性別。

收錄目的：

可作為各癌症部位性別比例及預後之比較。個案若有多重原發，其病歷紀錄上的性別都應相同。

編碼指引：

- 記錄病歷上個案的性別。
- 需注意個案性別應與其身分證統一編號性別碼相符合。
- 編碼4：變性人(transsexual)係指經手術方式改變原本之性別。

編碼	定義
1	男性。
2	女性。
3	其他，例如：雙性人(hermaphrodite)。
4	變性人。
9	不詳或在病歷上未記載。

出生日期

Date of Birth

欄位長度：8

癌登欄位序號 #1.6

NAACCR Item #240

欄位敘述：

確認個案的出生日期。

收錄目的：

有助於確認個案的身份；對於以個案世代研究(patient cohort)作為腫瘤分析也很有幫助。

編碼指引：

- 依病歷上所記載來記錄個案的出生日期。
- 若出生日期不詳者，應設法透過各種管道查證，或直接與個案或相關人員查詢。
- 民國年換算為西元年，年度為民國前者，以「1912」減民國前年度；民國後，以「1911」加民國年度。例如民前5年為西元1907年，民國5年則為西元1916年。

編碼	定義
CCYYMMDD	出生日期為個案出生時的「年」(CCYY)、「月」(MM)、「日」(DD)。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。

年	月		日	
使用 4 位數字的西元年	01	1 月	01	
9999 年不詳	02	2 月	02	
	03	3 月	03	
	…		…	
	…		…	
	10	10 月	29	
	11	11 月	30	
	12	12 月	31	
	99	月不詳	99	日不詳

範例：

編碼	案例
19060630	個案出生日期為民國前 6 年 6 月 30 日。
19409999	個案在民國 89 年 6 月 15 日時是 60 歲，在病歷記錄中並無記載其出生日期。則記錄月份和日期未知(分別為 99, 99)，並推算其出生年份為民國 29 年。
19279999	病歷上僅記載個案之出生年份是民國 16 年。

戶籍地代碼

Residence Code

欄位長度：4

癌登欄位序號 #1.7

欄位敘述：

記錄個案在診斷為癌症時之戶籍地代碼。

收錄目的：

為個案流行病學之地域資料，並可作為癌症群聚或環境因素研究分析。

編碼指引：

- 記錄身分證上戶籍地址之鄉鎮市區代碼，依附錄A「戶籍地代碼表」填入。
- 病歷上若有二個(含)以上地址時，應予以詳細查明，勿任意填選。

編碼	定義
9999	戶籍地不詳。

癌症確認

診斷年齡

Age at Diagnosis

欄位長度：3

編碼範圍：000-120, 999

向右靠，空白處補 0

癌登欄位序號 #2.1

NAACCR Item #230

欄位敘述：

記錄個案診斷此癌症時之實足年齡。

收錄目的：

有助於個案的確認，且對於統計分析癌症相關資料時，年齡常是一個重要的因素。

編碼指引：

- 記錄個案診斷為此癌症時的實足年齡。
- 若個案有多個原發癌症，診斷年齡應該依不同原發而個別計算。
- 若個案於2010年1月1日(含)之後在子宮內即被診斷為癌症者(in utero diagnosis)，診斷年齡為000。

編碼	定義
000	小於 1 歲。
001	1 歲，但是小於 2 歲。
002	2 歲。
…	填入診斷年齡。
120	120 歲。
999	診斷年齡不詳。

癌症發生順序號碼

Sequence Number

欄位長度：2

編碼範圍：01-99

癌登欄位序號 #2.2

NAACCR Item #560

欄位敘述：

指個案一生中所罹患惡性腫瘤的發生順序。

收錄目的：

可用來選擇單一原發腫瘤個案及進行特定的追蹤研究，並可分析發生多發腫瘤的因子。

編碼指引：

- 編碼01代表個案的第1個惡性腫瘤，而後續腫瘤的譯碼數字則依序類推。
- 如果同時診斷出2個或2個以上的惡性腫瘤或原位癌時，則預後最差的診斷給予最低順序的號碼。若其預後沒有差異性，則順序號碼的決定就沒有硬性規定。
- 若申報醫院在稍後得知有尚未登錄的腫瘤且會影響到腫瘤發生的順序，則應該要再重新編腫瘤發生順序號碼。

編碼	定義
01	個案一生中第 1 個惡性腫瘤或原位癌。
02	有 2 個或 2 個以上的惡性腫瘤或原位癌中的第 2 個原發。
…	(此惡性腫瘤或原位癌確切發生順序)。
99	未明示此惡性腫瘤或原位癌的發生順序或不詳。

範例：

編碼	案例
01	個案以前並無癌症病史，在民國 92 年 6 月 13 日診斷出有乳房原位癌。
02	個案在民國 92 年 6 月 13 日診斷為乳癌，之後在民國 92 年 8 月 30 日診斷為皮膚黑色素瘤之癌症發生順序號碼。

個案分類

Class of Case

欄位長度：1

編碼範圍：0-3, 5, 7-9

癌登欄位序號 #2.3

NAACCR Item #610

欄位敘述：

將個案進行分類。

收錄目的：

在做治療和存活分析時，本欄位將個案分為可分析和不可分析個案兩類。進而提供申報醫院進行研究個案之選擇。

編碼指引：

- 個案分類包括0、1、2、3、5、7、8、9共8類。可分析治療和存活的個案編碼為1-2；不可分析個案編碼為0，3-9。
- 癌症診療臨床情境可以非常錯綜複雜，癌症登記師在申報個案資料時，必須參考在規定申報期限內所有相關的病歷資料，以完成正確個案分類。
- 個案分類的編碼必須經由綜合判斷「2.3.1診斷狀態分類 」及「2.3.2治療狀態分類」兩個新欄位的編碼，方能正確的摘錄。
- Class 1 及 Class 2 個案必須詳細申報所有項目(包含SSFs)。
- Class 0 個案不需申報欄位序號#4.1~4.5.2及#7.1~7.6以”9”補滿；#8.1~8.10以”988”編碼。但個案拒絕治療或在治療前即死亡或病危出院，則「首次療程開始日期」欄位應摘錄拒絕治療、病危出院或死亡日期。
- Class 3 個案不需申報欄位序號#3.1~4.5.2及#7.1~7.6以”9”補滿；#8.1~8.10以”988”編碼。
- Class 3 個案如在該申報醫院被診斷復發，或接受癌症復發治療，應申報欄位序號#5.1~5.4各個項目，以利存活分析。
- 於申報醫院診斷並於申報醫院訂定首次療程為不予治療的個案，個案分類編碼是1，不可編碼為0。
- 雙碼分類為12、15、16、19的Class 0個案，必須是在申報期限內，確實未於申報醫院接受任何治療，方能以上述分類申報。
- Class 0中雙碼分類為12的個案，申報醫院必須確認個案接受後續診療的醫院，方能以雙碼12申報此個案。
- 可分析個案Analytic case :雙碼11、13、14個案(class 1)及21、23、24個案(class 2)。
- 不可分析個案Non-analytic case: 雙碼10、12、15、16、19個案 (class 0) 及雙碼20、22、25、26、27、29、30、32、34、35、36、37、39個案 (class 3)
- 不需申報個案: 個案分類為編碼 7、8 者，不需申報。
- 於他院診斷，但為了其他疾病至申報醫院求診之個案，不需申報。

- **首次療程與後續治療定義請詳見總論說明。**

編碼	定義
0	申報醫院診斷，但未於申報醫院接受首次療程。
1	申報醫院診斷，並於申報醫院接受全部或部份的首次療程。
2	他院診斷，於申報醫院接受全部或部份的首次療程。
3	他院診斷，未於申報醫院接受任何首次療程；因復發或持續癌症問題至申報醫院就診或是僅於申報醫院接受委外部份放射治療，或僅執行維持性(maintenance)治療。
5	屍體解剖時才診斷為癌症。
7	僅有病理檢查報告。個案未因診斷或治療癌症而到申報醫院。不包括由屍體解剖才診斷為癌症的個案。(不需申報)
8	僅由死亡診斷證明書診斷為癌症。(不需申報)
9	不詳。病歷上未記載足以決定個案分類的資訊。

- **根據「2.3.1診斷狀態分類 」及「2.3.2治療狀態分類」綜合判斷「2.3個案分類 」：**

個案分類	診斷狀態分類	治療狀態分類	定義
0	**申報醫院診斷，但未於申報醫院接受首次療程**		
	1	0	於申報醫院診斷後死亡或病危出院。
		2	於申報醫院診斷，確知個案已至他院接受後續診療，但首次療程內容不詳 於申報醫院診斷，但於他院接受首次療程。
		5	申報醫院診斷，首次療程為另類治療(Alternative treatment)。
		6	申報醫院診斷，首次療程為個案拒絕治療。
		9	申報醫院診斷，個案失聯。
1	**申報醫院診斷，並於申報醫院接受全部或部份的首次療程**		
	1	1	• 申報醫院診斷，並僅於申報醫院接受首次療程。 • 申報醫院診斷，於申報醫院首次療程接受其他治療(other treatment)。
		3	申報醫院診斷，於申報醫院接受部份首次療程，也於他醫院接受部份首次療程。
		4	• 申報醫院診斷，於申報醫院訂定首次療程為不予治療或是再密切觀察。 • 申報醫院診斷，於申報醫院首次療程**僅**接受非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制、支持療法、轉介安寧照護。

個案分類	診斷狀態分類	治療狀態分類	定義
2			**他院診斷，於申報醫院接受全部或部份的首次療程**
	2	1	• 他院診斷，並僅於申報醫院接受首次療程。 • 他院診斷，於申報醫院首次療程接受其他治療(other treatment)。
		3	他院診斷，於申報醫院接受部份首次療程，也於他醫院接受部份首次療程。
		4	• 他院診斷，於申報醫院訂定首次療程為不予治療或是再密切觀察。 • 他院診斷，於申報醫院首次療程**僅**接受非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制、支持療法、轉介安寧照護。
3			**他院診斷，未於申報醫院接受任何首次療程，因復發或持續的癌症問題至申報醫院就診，或是僅於申報醫院接受委外部份放射治療，或僅執行維持性(maintenance)治療 。**
	2		**於他院診斷，因該癌症於首次療程內/未復發/復發狀況不明下，至申報醫院就診**
		0	他院診斷，轉診至申報醫院後死亡或病危出院。
		2	• 他院診斷，於申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。 • 他院診斷及治療，僅於申報醫院接受委外部份的放射治療或僅執行維持性(maintenance)治療。
		5	他院診斷，首次療程為另類治療，至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
		6	他院診斷，首次療程為拒絕治療，至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
		7	他院診斷及治療，因癌症或其治療的『**併發症**』至申報醫院求診。
		9	他院診斷，首次療程不詳，或不清楚之前是否有治療過。
	3		**於他院診斷，因該癌症復發或惡化後，才至申報醫院就診**
		0	於他院接受首次療程，復發或惡化而至申報醫院，轉診至申報醫院後死亡或病危出院。
		2	於他院接受首次療程，復發或惡化而至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
		4	於他院訂定首次療程為不予治療、再密切觀察、**僅**接受非腫瘤切除之緩和治療，復發或惡化而至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
		5	首次療程為另類治療(Alternative treatment)，復發或惡化而至申報醫院諮詢

個案分類	診斷狀態分類	治療狀態分類	定義
			第二意見、接受後續追蹤或治療。
		6	首次療程為個案拒絕治療，復發或惡化而至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
		7	他院診斷及治療後復發或惡化，因癌症或其治療的『**併發症**』至申報醫院求診。
		9	他院診斷及治療後，首次療程不詳，復發或惡化而至申報醫院諮詢第二意見、接受後續追蹤或治療。
5	5	0	屍體解剖時才診斷為癌症。
7	7	9	僅有病理檢查報告。個案未因診斷或治療癌症而到申報醫院。不包括由屍體解剖才診斷為癌症的個案。
8	8	9	僅由死亡診斷證明書診斷為癌症。

範例：

個案分類編碼	診斷狀態分類編碼	治療狀態分類編碼	案例
0	1	0	個案因暈眩、跌倒而到申報醫院，做腦部電腦斷層及核磁共振造影檢查，結果發現腦部的雙葉有多重性轉移情形，肺部電腦斷層發現右上肺葉有 4 公分腫塊且縱膈腔及肺門處有淋巴結病變，診斷為肺癌併腦部轉移。個案因病情急速惡化，未能接受任何治療即死亡。
0	1	2	個案因暈眩、跌倒而到申報醫院，做腦部電腦斷層及核磁共振造影檢查，結果發現腦部的雙葉有多重性轉移情形，肺部電腦斷層發現右上肺葉有 4 公分腫塊且縱膈腔及肺門處有淋巴結病變，診斷為肺癌併腦部轉移。個案自動出院，申報醫院僅獲知個案已自行前往 B 醫院，但申報醫院未能得知個案在 B 醫院的診療詳情。
0	1	5	個案因暈眩、跌倒而到申報醫院，做腦部電腦斷層及核磁共振造影檢查，結果發現腦部的雙葉有多重性轉移情形，肺部電腦斷層發現右上肺葉有 4 公分腫塊且縱膈腔及肺門處有淋巴結病變，診斷為肺癌併腦部轉移。個案未接受進一步治療即出院，後續追蹤獲知個案服用中草藥治療肺癌。
0	1	5	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，個案起初拒絕手術而服用中草藥治療肺癌；個案於最初診斷日第三個月，惡化為臨床期別第三期時，才開始接受放射治療。
0	1	6	個案因陰道不正常出血至申報醫院檢查，經子宮內膜刮除(D & C)切片證實為子宮內膜癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，但個案拒絕；於**最初診斷日一年後**，個案回診並重新評估臨床期別仍為第一期，且接受手術切除。
0	1	6	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，但個案未接受該治療；個案於最初診斷日第五個月，惡化為臨床期別第三期時，才開始接受放射治療。
0	1	6	個案因暈眩、跌倒而到申報醫院，做腦部電腦斷層及核磁共振造影檢查，結果發現腦部的雙葉有多重性轉移情形，肺部電腦斷層發現右上肺葉有 4 公分腫塊且縱膈腔及肺門處有淋巴結病變，診斷為肺癌併腦部轉移。個案未接受進一步治療即出院，並拒絕追蹤。
0	1	9	個案因乳房腫塊，到申報醫院接受切片證實為原發性乳癌，但個案失聯且無法追蹤。

個案分類編碼	診斷狀態分類編碼	治療狀態分類編碼	案例
1	1	1	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，且在申報醫院接受手術及放射治療。
1	1	1	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，但因為充血性心衰竭治療，個案於最初診斷日第五個月後，才接受手術切除仍為臨床期別第一期的肺癌。
1	1	1	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，個案起初拒絕手術而服用中草藥治療肺癌；於最初診斷日第五個月後，重新評估臨床期別仍為第一期，並接受手術切除。
1	1	1	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，但個案猶豫不決；個案於最初診斷日第五個月後，重新評估臨床期別仍為第一期，並同意接受手術切除。
1	1	1	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期，主責醫師建議手術切除，個案未接受；於最初診斷日六個月後，重新評估臨床期別仍為第一期，並進行放射治療。
1	1	1	個案因腹痛至申報醫院，腹部超音波發現個案脾臟腫大且抽血發現紅血球過高，再經由 JAK2 檢驗被醫師診斷為真性多紅血球症(Polycythemia vera，PV)；為使紅血球數降低個案在申報醫院接受放血治療(phlebotomy)，且因合併脾臟腫大接受口服化學治療。
1	1	1	個案因貧血而到申報醫院，經由抽血、骨髓切片檢查被醫師診斷為 Acute promyelocytic leukemia (APL)，在申報醫院先接受 Retinoid acid（ATRA）及類固醇藥物再進行化療治療。
1	1	1	口腔癌第三期個案接受 Cisplatin 合併免疫治療雙盲臨床試驗 Nimotuzumab or Placebo。
1	1	3	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第一期並接受手術治療(病理期別第三期)。後個案轉至外院接受輔助化學藥物治療後，才於最初診斷日第七個月時，再回至申報醫院接受輔助放射治療。
1	1	3	Bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於申報醫院接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，委託外院再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療。同時於體外放射治療期間申報醫院

個案分類編碼	診斷狀態分類編碼	治療狀態分類編碼	案例
			給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m2。
1	1	3	肺癌個案於申報醫院規劃並接受體外放射治療，後續因申報醫院治療儀器故障，故轉介至外院接續執行體外放射治療。
1	1	4	個案為 90 歲男性，到申報醫院檢查證實患有前列腺癌，醫師建議觀察不需治療。
1	1	4	個案因咳血痰而住院，到申報醫院檢查發現右上肺葉有腫塊，切片證實為腺癌，臨床期別第四期，醫師不建議積極治療而將個案轉介至安寧病房。
1	1	4	胰臟癌個案，但是已經無法根除，所以沒有切除原發腫瘤，但是為了減輕黃膽症狀和疼痛，個案接受了繞道手術。
1	1	4	一位 93 歲的個案，診斷為多發性骨髓瘤，於疼痛科門診就診以減輕疼痛。
1	1	4	個案因貧血暈眩、乏力及皮膚黏膜出血而到申報醫院，經由抽血、骨髓切片檢查及其他臨床表徵被醫師診斷為低危險性骨髓化生不良症候群(MDS)，在申報醫院定期輸血及門診追蹤。 (血液疾病之輸血可登錄於「申報醫院緩和照護」= 7 且「首次療程開始日期」= 00000000)
1	1	1	個案因皮膚長出許多不對稱、脫屑、發紅的小斑狀皮膚疹且疹塊邊緣突起而到申報醫院，接受了切片檢查後診斷為蕈狀肉芽腫(mycosis fungoides)，個案接受口服 Psoralen 光敏感藥物並接受長波紫外光(UVA)照射治療。
1	1	1	胰臟癌第四期個案於申報醫院經評估不適合接受常規治療，故接受醫師建議參與臨床試驗且服用實驗藥物 Macrobead*。 *原臨床試驗藥物若已清楚明示為化療/免疫/標靶時，則應將此藥物摘錄至適當治療欄位。
2	2	1	個案在外院診斷為原發性乳癌，轉到申報醫院接受手術治療及術後體外放射治療。
2	2	3	個案在外院診斷為原發性乳癌，並在外院作手術治療之後，轉到申報醫院接受體外放射治療。
2	2	3	大腸癌第 3 期個案於外院手術及術後注射輔助性化學藥物治療，個案因地緣關係轉至申報醫院持續注射輔助性化學藥物治療。
2	2	3	個案於外院診斷為原發性乳癌，並在外院執行手術、化學治療及放射治療，之後轉到申報醫院接受首次療程的荷爾蒙治療(個案於外院未接受荷爾

個案分類編碼	診斷狀態分類編碼	治療狀態分類編碼	案例
			蒙治療)。
2	2	3	直腸癌第三期個案於外院接受口服 UFUR，個案因地緣關係轉至申報醫院接受放射線治療、手術治療及口服 UFUR(個案主要治療為放射、手術及化學治療皆於申報醫院執行)。
2	2	3	78 歲攝護腺癌合併骨轉移個案，於外院接受荷爾蒙治療，因地緣關係轉至申報醫院亦接受荷爾蒙治療(個案主要首次療程僅為荷爾蒙治療，例如 Leuprorelin、Bicalutamide)。
3	2	2	個案於外院診斷為原發性乳癌，並在外院執行手術、化學治療、放射治療及荷爾蒙治療，之後轉到申報醫院僅接受後續荷爾蒙治療。
3	2	2	個案於外院診斷為原發性乳癌，並在外院執行手術、化學治療、放射治療，但不知是否在外院接受荷爾蒙治療，之後轉到申報醫院僅接受荷爾蒙治療。
3	2	2	大腸癌第三期個案於外院接受手術治療，並予以口服 UFUR，個案因地緣關係轉至申報醫院持續接受口服 UFUR 維持治療。
3	2	2	Bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於外院接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，轉至申報醫院接受 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療 。
3	2	2	肺癌個案於外院規劃並接受體外放射治療，後續因外院治療儀器故障，故轉介至申報醫院接續執行體外放射治療。
3	2	5	個案五個月前曾於外院診斷為大腸癌，但未接受任何治療僅自行服用中草藥，至申報醫院因最初期別不詳，醫師重新評估為臨床期別第二期大腸癌並在申報醫院接受手術治療。
3	3	2	大腸癌第二期個案於外院接受手術治療；於最初診斷日五個月後發生肝轉移情形，他院醫師予以口服 UFUR 控制肝轉移，個案因地緣關係轉至申報醫院持續接受口服 UFUR 治療。
3	3	2	個案 4 年前於外院曾診斷為原發性膀胱癌並曾接受治療，之後個案因膀胱癌復發而住進申報醫院準備手術治療。
3	3	5	個案五個月前曾於外院診斷為肝癌第二期，僅只自行民俗療法，來院後醫師重新評估臨床期別第三期並在申報醫院接受 TACE 治療。
5	5	0	個案在家中死亡，但在申報醫院作屍體解剖發現有癌症，個案在生前並未診斷或懷疑患有癌症。

個案分類編碼	診斷狀態分類編碼	治療狀態分類編碼	案例
0	1	9	個案因 Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)情形，至申報醫院接受 TURP 後確診為攝護腺癌，但病患未再回診。
1	1	4	個案因 Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)情形，至申報醫院接受 TURP 後確診為攝護腺癌，醫師建議手術治療，但病患拒絕；後續醫師改以再密切觀察且於申報醫院接受定期追蹤 PSA 等相關檢查。
1	1	4	個案年紀 80 歲因 BPH 接受 TURP 後確診為攝護腺癌，同時伴有下背痛因此接受骨骼描述發現有骨轉移，醫師治療規劃為 watchful waiting，後續病患於申報醫院接受定期追蹤 PSA 等相關檢查。
1	1	4	65 歲患者 PSA 高，接受 TRUS biopsy 後確診為攝護腺癌，臨床分期為 stage I，醫師治療規劃為 active surveillance，在申報醫院定期追蹤 PSA 等相關檢查。

診斷狀態分類

Class of Diagnosis Status

欄位長度：1

編碼範圍：1-3, 5, 7-8

癌登欄位序號 #2.3.1

欄位敘述：

記錄個案至申報醫院首次為此癌症就診時的癌症診療情境。

收錄目的：

與新增欄位 2.3.2「治療狀態分類」並用，以確保欄位 2.3「個案分類」的正確性。

編碼指引：

- 病歷上僅有症狀敘述不能視為癌症診斷。
- 病歷上若未描述個案是否已在他院診斷，而醫師依據本院檢查報告或臨床方法確診，則視為本院診斷。
- 診斷狀態分類編碼為7、8之個案不需申報。

編碼	定義
1	於申報醫院診斷。
2	於他院診斷，因該癌症於首次療程內/未復發/復發狀況不明下，至申報醫院就診。(首次療程定義詳見總論及編碼指引)。
3	於他院診斷，因該癌症復發或惡化後，才至申報醫院就診。
5	屍體解剖時才診斷為癌症。
7	僅有病理檢查報告。個案未因診斷或治療癌症而到申報醫院。不包括由屍體解剖才診斷為癌症的個案。
8	僅由死亡診斷證明書診斷為癌症。

範例：

- 詳見2.3「個案分類」編碼案例

治療狀態分類

Class of Treatment Status

欄位長度：1

編碼範圍：0-9

癌登欄位序號 #2.3.2

欄位敘述：

記錄此個案在申報時的治療狀態。

收錄目的：

與新增欄位 2.3.1「診斷狀態分類」並用，以確保欄位 2.3「個案分類」的正確性。此欄位並協助記錄個案未於申報醫院接受首次療程的原因，以協助申報醫院改善管理個案流失；並提供此數據作為公衛行政資源調整的依據。

編碼指引：

- **如果病歷中沒有治療計畫、也沒有制定好的治療或處置指引可供參考，同時無法諮詢到主責醫師時，**請參考以下原則：「首次療程必須起始於最初診斷日期的四個月之內」。
- 治療狀態分類編碼2(他院診療)、5(接受另類療法)、6 (拒絕治療)、9(失聯或首次療程不詳)的優先順序依次為2、5、6、9。
- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，視為申報醫院接受部分首次療程，也於他院接受部分首次療程，編碼為113。
- 申報醫院若僅被委託執行部分放射治療，則視為申報醫院沒有執行首次療程，應編碼為322。
- 治療狀態分類編碼4為醫師決定不予以治療、再密切觀察(Watchful observation)、**僅**給予非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制(pain control)、支持療法(supportive care)或轉介安寧照護。

  例如：若攝護腺癌個案僅接受TURP，後續醫生選擇積極監測(Active surveillance)或予以密切觀察(Watchful waiting)，「治療狀態分類」編碼為4，且「首次療程開始日期」應摘錄決定積極監測或密切觀察的日期。

- 若個案接受其他治療，其「治療狀態分類」欄位應編碼為1，下列處置為「治療狀態分類」欄位所定義之**其他治療**：
  - **UV therapy (ultraviolet) for skin cancer or cutaneous lymphoma.**
  - **Trichloroacetic acid for anal intraepithelial neoplasia, grade III (AIN III) ONLY.**
  - **Antibiotics/anti-microbials/anti-viral agents, such as anti-helicobacter pylori for gastric MALT lymphoma ONLY.**
  - **Retinoid acid (ATRA) for acute promyelocytic leukemia (APL) ONLY.**
  - **Anagrelide HCl for Essential thrombocythemia ONLY.**
  - **Phlebotomy for polycythemia vera ONLY**
  - **Blood-thinners and/or anti-clotting agents for essential thrombocythemia (9962/3) ONLY.**
  - **非肝癌個案接受TAE治療。**

注意: 其他治療若後續有新增處置，將以SEER 網站上之藥物查詢工具為依據: http://seer.cancer.gov/tools/seerrx/。

- 檢索藥物時，若藥劑類別(category)顯示為 Other therapy 時，則視為其他治療。
- 藥劑類別若已清楚明示 (e.g. chemotherapy)，則將該藥物摘錄至適當治療欄位。
- 若無法在SEER*Rx 查詢到之藥物，請勿直接摘錄為其他治療，應先諮詢主責醫師。

- 根據 Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual第24頁，"輸血"不視為癌症治療，而是症狀緩解，故「治療狀態分類」欄位應編碼為4。

  Do not collect blood transfusions (whole blood, platelets, etc.) as treatment. Blood transfusions are used widely to treat anemia and it is not possible to collect this procedure in a meaningful way.

- 「治療狀態分類」欄位編碼4與6之釐清：
  - 若個案拒絕醫師或臨床指引建議之首次治療，但**接受**非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制、支持療法、轉介安寧照護或其他治療者，其「治療狀態分類」欄位應編碼為4。
  - 若個案拒絕醫師或臨床指引建議之首次治療，且**未接受**非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制、支持療法、轉介安寧照護或其他治療者，其「治療狀態分類」欄位應編碼為6。
- 若個案僅接受其他治療，則「首次療程開始日期」應摘錄執行其他治療的日期。
- 治療狀態分類編碼5中所指的另類治療為本手冊未規範定義之各種療法，而且個案自行認定該療法對癌症有療效的治療。這些另類療法包括，但不僅限定於中草藥、氣功、生機療法及個案在未參與癌症診療認證合格的診所或醫療機構所接受被宣稱具有療效的免疫療法。
- 治療狀態分類編碼7(他院診療)必須伴隨診斷狀況分類碼為2或3。

編碼	定義
0	未於申報醫院接受任何治療即死亡： • 申報醫院診斷後死亡或病危出院。 • 他院診斷，轉診至申報醫院後死亡。
1	• 僅於申報醫院接受首次療程(首次療程定義詳見總論及指引)，未於他院接受任何首次療程。 • 首次療程接受其他治療(other treatment)。

編碼	定義
2	未於申報醫院接受任何首次療程： • 僅於他院接受首次療程。 • 於申報醫院診斷，但至他院接受後續診療，其首次療程內容不詳。 • 於他院診斷未治療，至申報醫院諮詢第二意見。 主要癌症治療計畫由他院規劃： • 接受首次療程後維持輔助性荷爾蒙治療(maintenance adjuvant hormonal therapy)或維持性口服性化療。 • 因為原轉介醫院放射治療設備不足，接受委託局部追加放射治療，且放射治療模式為其他放射療法 (Other RT)，如 brachytherapy, radiosurgery, proton...等。 • 因為原轉介醫院放射治療設備在療程中途故障，為避免延誤療程，接受委託執行部分放射治療。 • 維持性口服性化療。
3	• 於申報醫院接受部分首次療程，也於他院接受部分首次療程。 • 申報醫院委託他院執行部分放射治療。
4	• 首次療程為不予治療或是再密切觀察(Watchful observation)。 • 首次療程**僅**給予非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制、支持療法、轉介安寧照護。
5	首次療程僅有另類治療。
6	首次療程為個案拒絕治療。
7	他院診斷及治療，因癌症或其治療的**『併發症』**至申報醫院求診(In-transit services for care、such as chemotherapy induced leukopenic fever、tumor bleeding and etc.)。
8	他院診斷個案，為了其他疾病至申報醫院求診。(不需申報)
9	**首次療程不詳，也無法確認個案拒絕治療**： • 於申報醫院初診斷後個案失聯 • 他院診斷及治療

範例：

- 詳見2.3「個案分類」編碼案例

首次就診日期

Date of First Contact

欄位長度：8

癌登欄位序號 #2.4

NAACCR Item #580

欄位敘述：

個案因此癌症至申報醫院門診或住院之最早日期。

收錄目的：

可用來計算個案首次就診至進行癌症登記之時間間隔；也可用來計算首次就診至治療之時間差距，以作為監控癌症照護品質之用。

編碼指引：

- 記錄個案因此癌症至申報醫院門診或住院之最早日期。
- 本欄位可以是個案於門診作切片檢查、放射線檢查、實驗室檢查的日期。
- 若個案由屍體解剖時才診斷為癌症(個案分類為5)或僅由死亡證明書診斷為癌症(個案分類為8)，則以死亡日期作為首次就診日期。

編碼	定義
CCYYMMDD	個案因此癌症至申報醫院門診或住院之最早日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。

範例：

編碼	案例
20040212	個案於民國 93 年 2 月 12 日在申報醫院門診接受乳房攝影檢查結果懷疑是惡性，之後於民國 93 年 2 月 14 日作切除性切片檢查(excisional biopsy)或根除性手術。則乳房攝影的日期(民國 93 年 2 月 12 日)即為個案之首次就診日期。
20030914	個案於民國 92 年 9 月 8 日在私人診所中作切片檢查，其病理標本送至申報醫院判讀為惡性黑色素瘤。個案於民國 92 年 9 月 14 日在申報醫院進行廣泛性再切除手術。
20041207	個案因嚴重頭痛和失去方向感等症狀，於民國 93 年 12 月 7 日接受腦部磁振造影檢查懷疑是星狀細胞瘤，於民國 93 年 12 月 19 日接受手術切除全部的腫瘤。
20050999	住進申報醫院的確切日期不詳，只知道是民國 94 年 9 月。

最初診斷日期 欄位長度：8

Date of Initial Diagnosis

癌登欄位序號 #2.5

NAACCR Item #390

欄位敘述：

記錄此癌症最早被醫師診斷的日期。

收錄目的：

可計算癌症最初診斷日期至完成分期或開始治療的時間間隔。

編碼指引：

- 最初診斷日期可以是臨床或病理上診斷為癌症的開始日期。亦即「個案在申報醫院或外院被醫師診斷為癌症(或疑似癌症)的第一天」。需注意本欄位日期一定小於或等於「最後聯絡或死亡日期」。
- 若細胞學檢查(cytology)報告中使用含糊不清的詞彙，例如”suspicious for malignancy”只有在切片檢查為陽性或醫師有臨床判斷並支持此細胞學檢查時，才可編碼為最初診斷日期。
- 若僅是異常腫瘤指標不可視為癌症確診方式，需採用臨床判斷、病理或細胞學檢查確認陽性的日期，才可作為最初診斷日期，不可回推至該腫瘤指標採檢日為最初診斷日期。

  例如：個案PSA值升高，但理學檢查為陰性。醫生建議個案接受攝護腺細針切片(fine needle biopsy)，病理報告結果為adenocarcinoma；則最初診斷日期應為切片日期(不可將PSA報告日或是採檢日作為最初診斷日期)。

  例如：個案PSA值升高，但理學檢查為陰性。醫生於病歷上描述懷疑病人有攝護腺癌並建議個案接受攝護腺細針切片，切片結果為陽性，證實醫生的懷疑；則最初診斷日期應摘錄醫生描述懷疑為攝護腺癌的日期。

  注意：僅有異常腫瘤指標不可視為癌症最初診斷日期。
- **個案經診斷為白血病或其他血液腫瘤疾患(排除淋巴癌)者：**
  - 疑似癌症的日期不可摘錄為最初診斷日期。
    - 注意：白血病個案若周邊血液(peripheral blood) blast≧20%，雖然醫師於病歷描述為 rule out leukemia，仍可視為確診。
  - 僅單次全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告確診，或多份報告但醫師明示依據某份報告診斷為癌症，則以該次採檢日為最初診斷日期。
  - 有多次不足以確診之全血球計數或白血球計數報告時，醫師亦未明示依據某份報告診斷為癌症，則採用醫師診斷為癌症的日期作為最初診斷日期。
  - 若全血球計數或白血球計數報告不足以確診為癌症，且醫師亦未確診癌症，經骨髓或其他切片檢查結果確診為癌症時，則以病理採檢日期為最初診斷日期。
  - 若病理或細胞學報告均無法判斷為癌症時，以醫師診斷為癌症的日期為最初診斷日期。

- 個案在確定診斷之前就已接受首次療程，若無最初診斷日期，則可以治療開始的日期作為最初診斷日期。
- 有關作為癌症診斷的用語，可參考第一部份的「含糊不清詞彙」表列的內容。
- 個案分類為5者，其最初診斷日期即為死亡日期。
- 若個案於2010年1月1日(含)之後在子宮內即被診斷為癌症者(in utero diagnosis)，其最初診斷日期請填正確診斷或接受治療的日期；若是2010年以前之個案，則最初診斷日期請填出生日期。
- 若個案曾在外院診斷為癌症而日期不詳者，儘可能推算至月份；月份不詳者，請依下列原則編碼：
  - 年度、季節可推算，但月份無法推算：年度依推算編碼；月份依季節編碼，春季為0499、夏季為0799、秋季為1099、冬季為1299(年尾)或0199(年初)。若診斷月份無法推算，則編碼為9999。
  - 若院外最初診斷日期年、月、日皆不詳，則不須申報。

編碼	定義
CCYYMMDD	最初診斷日期是指此癌症最早被醫師診斷的日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。

範例：

編碼	案例
20050312	民國 94 年 3 月 12 日的乳房攝影檢查顯示，個案右邊乳房的外上四分之一處有癌症(compatible with carcinoma)。民國 94 年 3 月 20 日個案接受乳房切除性切片檢查確診為浸潤性管道癌(infiltrating ductal carcinoma)。
20030512	醫師記載個案在民國 92 年 5 月 12 日體檢時發現攝護腺有結節且懷疑是癌症。民國 92 年 6 月 15 日做攝護腺超音波導引的細針切片檢查(ultrasound guided needle biopsy)，結果確診為腺癌(adenocarcinoma)。
20040199	個案於民國 93 年 1 月因子宮內膜異位(endometriosis)而接受經腹部全子宮切除術(total abdominal hysterectomy)。於民國 94 年 11 月因腹痛、腹脹而住院，經腹腔鏡行網膜切片檢查(laparoscopy with omental biopsy)結果顯示為轉移性囊狀腺癌(metastatic cystadenocarcinoma)。病理醫師重新調閱民國 93 年子宮切除的標本，確認在左側卵巢有囊狀腺癌。
20059999	若最初診斷的確切日期不詳，則記錄其約略的日期，例如只知道是民國 94 年。
20110904	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，醫師於 9 月 3 日依據細胞學報告結果下診斷為 R/O 白血病。民國 100 年 9 月 4 日再經骨髓切片之 histology 結果確診為 AML。
20110903	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查且 blasts=18%，醫師未下診斷為癌症或疑似癌症，民國 100 年 9 月 3 日再經骨髓切片之 histology 結果確診為 AML。
20110902	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，結果有疑異，民國 100 年 9 月 2 日再經**抽血**進行免疫表現分型檢查，醫師於民國 100 年 9 月 5 日依據免疫表現分型報告判斷為 AML with t(8;21)(q22;q22)。
20110901	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，結果有疑異，醫師將 9 月 1 日的血液樣本，於 9 月 2 日申請對**該異常檢體進行免疫表現分型檢查**，醫師於民國 100 年 9 月 5 日依據免疫表現分型報告判斷為 AML with t(8;21)(q22;q22)。
20110904	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，醫師於 9 月 3 日依據細胞學報告結果下診斷為 R/O 白血病。民國 100 年 9 月 4 日開始化學治療。

原發部位

Primary Site

欄位長度：4

編碼範圍：C000-C809

癌登欄位序號 #2.6

NAACCR Item #400

欄位敘述：

確認癌症原發部位。

收錄目的：

原發部位是分期及決定治療方針之依據；同時也影響其預後及病程。

編碼指引：

- 依ICD-O-3腫瘤部位碼(topography code)進行原發部位編碼。
- 若病歷紀錄並無原發部位之相關資訊，可詢問主責醫師以確認其原發部位或最確切之部位碼。
- 原發部位碼可於ICD-O-3的腫瘤部位章節查詢，共有二種查詢方式：以編碼順序編排(ICD-O-3，第43頁)及依英文字母順序索引(ICD-O-3,第105頁)之章節。
- 腫瘤部位碼是以大寫字母C開頭，之後加上3個數字碼(不記錄小數點)，編碼範圍為C000-C809(”C”為大寫)，不含小數點，第4位盡量查明詳填，實在無法辨識才能填9。
- 有關實質(solid tumors)癌症之編碼規則，遵循ICD-O-3第20-40頁及SEER「Solid Tumor coding rules」。
- 非多重原發個案，若單一解剖部位同時包括侵襲性及原位性病灶於不同細部位，則「原發部位」應以侵襲性部份來編碼。
- 惡性肉瘤（Sarcoma）個案若原發部位不明時，原發部位應編碼C499，而非C809。
- 當單一腫瘤橫跨兩個或兩個以上的細部位(subsite)時，且確切起源亦不清楚，則第4碼應為8。
- 若同一個器官有多顆腫瘤且位於不同細部位時，則第4碼應為9。
- 對於血液惡性腫瘤及淋巴癌(Hematopoietic and Lymphoid Cancer【M9590-9993】)是否為單一或多重原發，請依下列原則編碼：
    - 2010年1月1日(含)以後新診斷個案：應遵循SEER「Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual」最新公告版本與The Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms Database (Hematopoietic DB) 之規則編碼。

範例：

編碼	案例
C108	口咽部(oropharynx)有 overlapping 的病灶。例如當有一個大腫瘤，侵犯範圍包括 lateral wall of oropharynx (C10.2)和 posterior wall of oropharynx(C10.3)，並且其確切起源不清楚時，第 4 碼應為 8。
C678	膀胱(bladder)有重疊的病灶。例如當有一個大腫瘤，侵犯範圍包括 dome (C67.1)和 lateral wall (C67.2)，並且其確切起源不清楚時，第 4 碼應為 8。
C679	Bladder, NOS。當有多顆腫瘤起源自 Bladder trigone (C67.0)和 lateral wall (C67.2)時，第 4 碼應為 9。
C189	Colon, NOS。當患有家族性息肉症(Familial polyposis)的個案，從橫結腸(C18.4)到降結腸(C18.6)皆發生有侵襲癌和原位癌時，應記錄為一個原發癌症，部位為 colon, NOS (C18.9)。詳細解說請參考第一部份多重原發之章節。
C16_	當淋巴癌位於胃(extranodal lymphoma)時，則以胃的細部位逕行編碼。

側性

Laterality

欄位長度：1

編碼範圍：0-5, 9

癌登欄位序號 #2.7

NAACCR Item #410

欄位敘述：

確認癌症起源於成對器官或身體的某一側。本欄位只適用於原發腫瘤部位。

收錄目的：

側性可提供分期及癌病侵犯程度的資訊，並可確定原發侵犯的數目。

編碼指引：

- 原發部位不明(C80.9)與非成對器官，其側性編碼為0；成對器官之編碼可以為1-5及9 (參看第一部份附加的資料) 。
- 若側位不詳，但是腫瘤是侷限於成對器官的某一側，編碼為3。
- 若確認原發側位別時，勿將對側轉移部位登錄為雙側侵犯。
  注意：若肺癌個案腫瘤雙側侵犯時，且無法確認原發側位別，則編碼為4。
- 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤，編碼為5。
  - C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445。
  - 若腫瘤非原發於以上部位時，則不可編碼為5。
- 非成對器官同時發現雙側侵犯時，則編碼為0。
- 非表列成對器官，若病歷記錄有描述側性則須登錄。

編碼	定義
0	不是成對器官。
1	原發起源位在右側。
2	原發起源位在左側。
3	成對器官，只有單側侵犯，但起源於左側或右側則不清楚。
4	成對器官，雙側侵犯但起源之側位不清楚，且病歷描述是單一原發。較少見，如下： • 雙側卵巢同時有單一組織類型之腫瘤侵犯。 • 雙側卵巢同時有相同或不同之epithelial組織型態(8000-8799)之腫瘤侵犯。 • 雙側同時有視網膜芽細胞瘤(retinoblastomas)。 • 雙側同時有Wilm腫瘤(Wilm tumors)。 • 雙側瀰漫性肺部結節。

編碼	定義
5	• 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤。 • C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445
9	• 成對器官，但其側位不清楚。

範例：

編碼	案例
0	甲狀腺癌個案病歷記載左右兩側侵犯。
3	病理報告記載個案有一個 2 公分 carcinoma 位於腎臟 upper pole 處，其側位別編碼為 3(因為只知道位置是在某一個腎，但是不知是左腎或右腎)。
9	個案診斷為肺癌，診斷依據為 sputum cytology，病歷上無其他任何與側位別相關資訊可提供。
5	個案肚臍正上方有一黑色素瘤，因皮膚為成對器官而腫瘤位於正中線腫瘤，故編碼為 5。
1	右側口腔黏膜癌。
1	病歷記載為右側甲狀腺癌。
4	個案診斷為肺癌，影像報告顯示雙側腫瘤侵犯，醫師未明示或無法確認原發部位側性。
2	個案診斷為肺癌，影像報告顯示雙側腫瘤侵犯，醫師紀載原發部位為左側上葉(LUL)。

組織型態

Histology

欄位長度：4

癌登欄位序號 #2.8

NAACCR Item #522

欄位敘述：

原發腫瘤細胞於顯微鏡下之結構。

收錄目的：

作為分期及決定治療方針之根據；同時也影響其預後及病程。

編碼指引：

- 依ICD-O-3第69-104頁Numeric Lists/Morphology，以及第105-218頁中Alphabetic Index的部分來進行histology編碼。同時請遵循ICD-O-3第20-40頁之編碼規則予以編碼。
- ICD-O-3之組織病理碼(M-code)第一個字母為M，之後接著四個數字，本欄位編碼只需數字部份，勿將M字填入。
- 對所有可申報之實質腫瘤(solid tumors)於登錄其histology之決定時，請採用SEER「Solid Tumor coding rules」中之編碼原則。這些規則乃適用於2018年1月1日(含)以後新診斷為癌症個案，2017年12月31日(含)以前新診斷之癌症個案請勿採用此規則。
- 若有病理報告時，須檢閱所有的病理報告。
- 血液惡性疾病個案之組織病理碼(M-code)依血液疾病編碼表登錄。
- 實質癌症(solid tumors)，依**病理報告最終診斷(final pathologic diagnosis)**記載之組織型態(histology)逕行編碼。

  附註：若病理報告依CAP採條列式描述可採用，亦可參考病理報告中的評論(comment)的描述。

  例外：若病理報告最終診斷為「未明示(Not Otherwise Specified, NOS)」，如carcinoma, NOS、melanoma, NOS、lymphoma, NOS、或 malignant tumor, NOS，則須參考病理報告中的顯微鏡觀察或評論(comment)的描述，以確認更明確的編碼，例如：adenocarcinoma、amelanotic melanoma 或 spindle cell sarcoma 等。

- cancer, NOS (8000)和carcinoma, NOS (8010)二者不可互換(參考ICD-O-3，第27頁)。若醫師僅描述個案患有carcinoma，則以未明示癌編碼之(8010)。
- 對於血液惡性腫瘤及淋巴癌(Hematopoietic and Lymphoid Cancer【M9590-9993】)是否為單一或多重原發，請依下列原則編碼：
- 2010年1月1日(含)以後新診斷個案：應遵循SEER「Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual」最新公告版本與The Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms Database (Hematopoietic DB) 之規則編碼。

- 若病理標本取自轉移部位，因為原發部位與其轉移部位基本上是具有相同之histology，因此以轉移部位之histology逕行編碼，而性態碼則編碼為3。

範例：

編碼	標示	案例
8140	Adenocarcinoma	病理報告主診斷為 prostate: carcinoma, NOS (8010)，其顯微鏡微觀(mircoscopic)敘述為 adenocarcinoma，則應編碼為 8140。
9680	Diffuse large B-cell lymphoma	病歷最後診斷是 lymphoma，但有任何紀錄 Diffuse large B-cell lymphoma 的診斷時，應編碼為 9680。

性態碼

Behavior Code

欄位長度：1

編碼範圍：2, 3

癌登欄位序號 #2.9

NAACCR Item #523

欄位敘述：

記錄病理診斷中的性態碼。M-code 中的第 5 碼即為性態碼。

收錄目的：

病理醫師常使用 benign(0)、borderline(1)、in situ(2)、malignant, primary site(3)、malignant, metastatic site(6)、或 malignant, uncertain whether primary or metastatic site(9)來描述腫瘤的性態。其中性態碼為 2、3、6 或 9(若為 6 或 9 者，須申報原發部位，且性態碼改為 3)的個案必須申報至癌症登記中心。

編碼指引：

- 若原發腫瘤有惡性侵犯(malignant invasion)部份，即使其侵犯程度或範圍非常有限(如：微侵犯microinvasion)，其性態碼一律編碼為3。
- 若病理標本取自轉移部位，因為原發部位與其轉移部位基本上是具有相同之histology，因此以轉移部位之組織類型逕行編碼，而性態碼則編碼為3。
- Stage 0 的癌症一般性態碼為2，除了Paget’s disease(8540/3) of nipple/areola(C50.0)，以及侷限於lamina propria 的結直腸癌。

  注意：Paget’s disease僅發生於乳頭、乳暈(C50.0)且乳房其他部位未發現任何腫瘤時，若病理報告明示Paget’s disease 為in stiu時，可編碼為8540/2。
- 原位癌個案非復發或疾病惡化情況下，發現有淋巴或遠端轉移，則性態碼編碼為3。

  例如：結腸切片病理報告診斷為 tubulovillous adenoma with microfocal carcinoma in situ，後續接受 colectomy 未發現殘餘腫瘤，該手術同時執行 core liver biopsy 發現有 adenocarcinoma，病歷記載肝臟腫瘤是結腸癌轉移，性態碼應從 2 改為 3。

編碼	標示	定義
2	In situ and synonymous with in situ	Adenocarcinoma in an adenomatous polyp with no invasion of stalk
		Bowen disease
		Clark level 1 for melanoma (limited to epithelium)
		Comedocarcinoma, noninfiltrating (C50._)
		Confined to epithelium
2	In situ and	Hutchinson melanotic freckle, NOS (C44._)

編碼	標示	定義
	synonymous with in situ	Intracystic, noninfiltrating.(carcinoma)
		Intraductal.(carcinoma)
		Intraepidermal, NOS (carcinoma)
		Intraepithelial, NOS (carcinoma)
		Involvement up to, but not including the basement membrane
		Lentigo maligna (C44._)
		Lobular neoplasia (C50._)
		Lobular, noninfiltrating (C50._) (carcinoma)
		Noninfiltrating (carcinoma)
		Noninvasive (carcinoma)
		No stromal invasion or involvement
		Papillary, noninfiltrating or intraductal (carcinoma)
		Precancerous melanosis (C44._)
		Queyrat erythroplasia (C60._)
3	invasive	Invasive or microinvasive。

範例：

編碼	案例
3	Intraductal carcinoma (8500/2) with focal areas of invasion.
1	Atypical meningioma (9539/1) invading bone of skull (the meninges, which line the skull, are capable of invading into the bone without being malignant; do not code as malignant unless it is specifically mentioned)

臨床分級/分化

Grade/Differentiation Clinical

欄位長度：1

編碼範圍：1-5, 8-9, A-E, H, L-M, S, X

癌登欄位序號 #2.10.1

欄位敘述：

收錄實質腫瘤於首次治療前的分級/分化。分級/分化為腫瘤和正常組織的相似的程度。Well differentiated (Grade I)和正常組織最相似；Undifferentiated (Grade IV)和正常組織差異最大。

收錄目的：

與個案的預後有關。分級/分化可用以評估癌症嚴重程度；分級/分化及細胞型態對於許多癌症而言是重要的預後因子。分級/分化對於某些癌症更是判定期別的依據之一。

編碼指引：

- 請依據 AJCC 第八版所建議的各癌別特殊分級/分化、一般分級/分化、字辭學摘錄；請參照手冊總論及附錄 D。
- 本欄位僅收錄實質腫瘤於首次治療前的分級/分化。
- 進行診斷性 FNA、biopsy、needle core biopsy 等組織病理學檢查並有描述分級/分化者，應記錄於臨床分級/分化。
- 臨床分級/分化請優先摘錄切片(biopsy、needle core biopsy)的病理報告；若未執行切片，則可參考細胞學報告。若有執行切片，**但切片之病理報告無描述時，即使同時有細胞學檢查而且細胞學檢查報告有明示分級/分化，仍不採用細胞學檢查之資訊，分級/分化應編碼為 9。**
- 中樞神經系統之惡性腫瘤應收錄 WHO 之分級/分化，請參照附錄 D。
- 實質腫瘤(solid tumor)之臨床分級/分化請依下列優先順序編碼：
  - 各癌症部位特殊分級分化系統(site-special grade system)；請參考附錄 D。
  - 一般分級分化(generic grade)；請參考附錄 D。
  - 字辭學(terminology)；請參考總論。
- 分級/分化程度只能依原發部位經顯微鏡證實(病理學或細胞學)之報告結果編碼，勿採用轉移部位或復發的分級/分化程度，即使是轉移部位或復發的組織型態本身就含有分級/分化之意仍不採用。
- 原發部位已侵犯至鄰近器官，由鄰近器官取得病理組織，應視為原發腫瘤故可依據該病理報告描述之分級/分化結果逕行編碼。
- 若原發部位不明，應編碼為 9 (分級/分化程度不詳)。
- 若病灶同時包括 in situ 和 invasive 時，應依其 invasive 部分的分級/分化程度編碼；但若其 invasive 部分之分級/分化程度不明，則編碼為 9。
- 通常原位癌腫瘤是沒有分級的。若腫瘤是原位癌病灶(in situ lesions)之腫瘤組織有描述其分級/分化程度，則依據原位癌的分級/分化程度來進行編碼。
- 若有超過一份以上的病理報告，且各報告之最終診斷的分級/分化不盡相同，則請依以下規則作為編碼之優先順序：

    - 優先編碼 AJCC 第八版所建議之分級/分化(specific grading systems)，編碼為 1-5。
    - 若無 AJCC 第八版所建議之分級/分化(specific grading systems)，則以一般分級/分化(generic grade)之最高碼為主，編碼為 A-D、L、H。
    - 若癌症部位不適用於 AJCC 第八版，則請參考附錄 D，分級/分化以最高碼為主。
- 若病理報告中主診斷(final diagnosis)未記載分化程度，則參考其顯微描述(Microscopic description)、補充說明(addendum)或評論(comment)的內容予以編碼。
- 若無病理組織報告，其分級/分化程度可參考磁振造影術(MRI)或正子造影術(PET)等報告上之描述進行編碼。
- 血液腫瘤(M-code 9590-9993)之分級/分化，自 2018 診斷年起一律編碼為 8(不適用)；僅 Lymphoma Ocular Adnexa (C44.1, C69.0, C69.5, C69.6)且組織型態為 follicular lymphoma (M-code 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3)，需編碼分級/分化，請參考 Grade 19 及 AJCC 第八版第 71 章。
- 對於high grade dysplasia (severe dysplasia)個案，請勿編碼其分級程度，應編碼為X。
- 卵巢 borderline tumor (Low malignant potential)合併 microinvasive carcinoma 或/與 intraepithelial carcinoma，應編碼為 X。
- 編碼 9 (不詳)：
    - 分化/分級不明或病歷未記載。
    - 首次治療前未有臨床分級/分化。
    - 術後才診斷為癌症。
    - 當病歷中只有一個分級/分化，且無法區分是臨床或是病理時，應編碼於臨床分級/分化中，病理分級/分化應編碼 9 (不詳)。

編碼	標示
1	Site-specific grade system category
2	Site-specific grade system category
3	Site-specific grade system category
4	Site-specific grade system category
5	Site-specific grade system category
L	Low grade
H	High grade
M	Site-specific grade system category
S	Site-specific grade system category
A	Well differentiated
B	Moderately differentiated
C	Poorly differentiated
D	Undifferentiated、Anaplastic

編碼	標示
E	Site-specific grade system category
For High grade dysplasia (severe dysplasia)	
X	High grade dysplasia (severe dysplasia)
For Ovary borderline tumor	
X	Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併 microinvasive carcinoma 或/及 intraepithelial carcinoma
For Lymphomas and Leukemias	
8	不適用
For Use in All Histologies	
9	• 分化/分級不明、病歷未記載 • 首次治療前未有分級/分化 • 術後才診斷為癌症

範例：

編碼	案例
1	Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma, well differentiated，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ。因切片檢查為診斷性處置，不可視為切除性手術。
3	食道癌個案，其病理切片報告為：squamous cell carcinoma, poorly differentiated，經手術治療切除腫瘤，其手術病理報告為：squamous cell carcinoma, well differentiated。
9	乳癌個案手術前病理切片報告未描述分級/分化，CSRT 治療後切除腫瘤，病理報告描述分級/分化為 Grade 2。
9	個案病理切片報告為 Sclerosing liposarcoma （M-code：8851/3），未描述分級/分化。
9	Skin cancer 個案接受 excision biopsy 後，病理報告描述為 squamous cell carcinoma, well differentiated。此 excision biopsy 應視為治療性手術，原發部位手術方式也應編碼為 27。
3	個案 MRI 報告描述 corpus striatum tumor 且診斷為 Anaplastic oligodendroglioma。病歷記錄未描述 WHO grade，參考附錄 D 中的 Grade 20 並對應 table.1 為 WHO Grade III，則可編碼為 3。
9	個案病理切片報告為 C4-5，biopsy of intramedullary tumor，組織型態為 Ependymoma,with Molecular Testing RELA fusion-positive，病理報告未描述 WHO grade。參考附錄 D 中的 Grade 20 並對應 table.1 仍無法判定 WHO Grade，則應編碼為 9。
2	個案 MRI 報告描述 Diffuse astrocytoma，low grade。參考附錄 D 中的 Grade 20 並對應 table.1 為 WHO Grade II，則可編碼為 2。

編碼	案例
L	個案 Brain MRI 報告描述 Glioma，low grade。參考附錄 D 中的 Grade 20 並對應 table.1 並無 WHO grade 可參考，則可編碼為 L。
9	肺癌個案同時接受 RUL, fine-needle aspiration 及 CT-guide biopsy。Fine-needle aspiration 病理報告描述 Poorly differentiated carcinoma；而 CT-guide biopsy 病理報告結果為 Adenocarcinoma，未描述分級/分化，不應摘錄細胞學檢查之分級/分化。
H	個案由影像診斷為 Renal pelvis cancer ，並接受 ureteroscope biopsy，切片病理報告為 Papillary urothelial carcinoma, high grade；之後執行 nephroureterectomy，手術後的病理報告描述為 no residual tumor，臨床及病理分級/分化皆編碼為 H。

病理分級/分化

Grade/Differentiation Pathological

欄位長度：1

編碼範圍：1-5, 8-9, A-E, H, L-M, S, X

癌登欄位序號 #2.10.2

欄位敘述：

收錄實質腫瘤於原發部位手術之後的分級/分化。分級/分化為腫瘤和正常組織的相似的程度。Well differentiated (Grade I)和正常組織最相似；Undifferentiated (Grade IV)和正常組織差異最大。

收錄目的：

與個案的預後有關。分級/分化可用以評估癌症嚴重程度；分級/分化及細胞型態對於許多癌症而言是重要的預後因子。分級/分化對於某些癌症更是判定病理期別的依據之一。

編碼指引：

- 請依據AJCC第八版所建議的各癌別特殊分級/分化、一般分級/分化、字辭學摘錄；請參照手冊總論及附錄D。
- 本欄位僅收錄實質腫瘤之原發部位手術後(術式為20-90)的分級/分化。
- 中樞神經系統之惡性腫瘤應收錄 WHO 之分級/分化，請參照附錄 D。
- 實質腫瘤(solid tumor)之病理分級/分化請依下列優先順序編碼：
  - 各癌症部位之特殊分級分化系統(site-special grade system)；請參考附錄D。
  - 一般分級分化(generic grade)；請參考附錄D。
  - 字辭學(terminology)；請參考總論。
- 分級/分化程度只能依原發部位經顯微鏡證實(病理學或細胞學)之報告結果編碼，勿採用轉移部位或復發的分級/分化程度，即使是轉移部位或復發的組織型態本身就含有分級/分化之意仍不採用。
- 若原發部位已做excisional biopsy，後續接受腫瘤切除且結果為no residual tumor，則病理分級/分化可採用excisional biopsy中的描述。
- 若原發部位不明，應編碼為9 (分級/分化程度不詳)。
- 個案於手術前有進行neo-adjuvant treatment，應摘錄術後腫瘤組織病理Grade。
- 若病灶同時包括in situ和invasive時，應依其invasive部分的分級/分化程度編碼；但若其invasive部分之分級/分化程度不明，則編碼為9。
  - 注意：少數個案於切片時病理報告描述為侵襲癌且有分級/分化，後續接受原發部位手術，術後病理報告描述僅為原位癌，此時應摘錄侵襲癌之分級/分化。
- 通常原位癌腫瘤是沒有分級的。若腫瘤是原位癌病灶(in situ lesions)之腫瘤組織有描述其分級/分化程度，可以此病灶的分級/分化程度來進行編碼。
- 若有超過一份以上的病理報告，且各報告之最終診斷的分級/分化不盡相同，則請依以下規則作為編碼之優先順序：
  - 優先編碼AJCC第八版所建議之分級/分化(specific grading systems)，編碼為1-5。
  - 附錄D中的Grade04、06、07、08、09、13、16、19、22需以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

  - 若無AJCC第八版所建議之分級/分化，則以一般分級/分化(generic grade)之最高碼為主，編碼為A-D、L、H。
  - 若癌症部位不適用於AJCC第八版，則請參考附錄D，分級/分化以最高碼為主。
- 若病理報告中主診斷(final diagnosis)未記載分化程度，則參考其顯微描述(Microscopic description)、補充說明(addendum)或評論(comment)的內容予以編碼。
- 血液腫瘤(M-code 9590-9993)之分級/分化，自2018年起一律編碼為8(不適用)；僅Lymphoma Ocular Adnexa (C44.1, C69.0, C69.5, C69.6)且組織型態為follicular lymphoma (M-code 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3)，需編碼分級/分化，請參考Grade 19及AJCC第八版第71章。
- 對於high grade dysplasia (severe dysplasia)個案，請勿編碼其分級程度，應編碼為X。
- 卵巢borderline tumor (Low malignant potential)合併microinvasive carcinoma或/與intraepithelial carcinoma，應編碼為X。
- 編碼9(不詳)：
  - 分化/分級不明或病歷未記載。
  - 原發部位未接受手術。
  - 術前已經接受前導性治療(Neoadjuvant therapy)，後續再接受手術，術後病理報告描述為無殘餘腫瘤(no residual tumor)。
  - 當病歷中只有一個分級/分化，且無法區分是臨床或是病理時，應編碼於臨床分級/分化中，病理分級/分化應編碼9 (不詳)。

編碼	標示
1	Site-specific grade system category
2	Site-specific grade system category
3	Site-specific grade system category
4	Site-specific grade system category
5	Site-specific grade system category
L	Low grade
H	High grade
M	Site-specific grade system category
S	Site-specific grade system category
A	Well differentiated
B	Moderately differentiated
C	Poorly differentiated
D	Undifferentiated、Anaplastic

編碼	標示
E	Site-specific grade system category
For High grade dysplasia (severe dysplasia)	
X	High grade dysplasia (severe dysplasia)
For Ovary borderline tumor	
X	Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併 intraepithelial carcinoma 或/及 microinvasive carcinoma
For Lymphomas and Leukemias	
8	不適用
For Use in All Histologies	
9	• 分化/分級不明、病歷未記載。 • 原發部位未接受手術。 • 術前已經接受前導性治療(Neoadjuvant therapy)，後續再接受手術，術後病理報告描述為無殘餘腫瘤(no residual tumor)。

範例：

編碼	案例
1	食道癌個案，其病理切片報告為：squamous cell carcinoma, poorly differentiated，經手術治療切除腫瘤，其手術病理報告為：squamous cell carcinoma, well differentiated。
2	乳癌個案手術前病理切片報告未描述分級/分化，CSRT 治療後切除腫瘤，BR score 7 points。
X	Ovary, right, oophorectomy：mucinous borderline tumor with intraepithelial carcinoma.（M-code：8472/2）
X	Ovary, right, oophorectomy：borderline seromucinous tumor with intraepithelial carcinoma and focal microinvasive carcinoma.（M-code：8474/3）
X	Ovary, right, oophorectomy：atypical proliferative serous borderline tumor with microinvasive carcinoma.（M-code：8442/3）
9	個案病理報告為 corpus striatum tumor, craniotomy with removal of tumor—Anaplastic oligoastroglioma。病歷報告未描述 WHO grade，參考附錄 D 中的 Grade 20，對應 table.1 後，仍無法判定 WHO grade。
9	個案病理報告為 C4-5, intramedullary tumor, removal of tumor --- Ependymoma, with Molecular Testing RELA fusion-positive，病理報告未描述 WHO grade。參考附錄 D 中的 Grade 20 並對應 table.1 仍無法判定 WHO Grade，則應編碼為 9。
3	個案病理報告為 Spinal nerve, intradural tumor, removal of spinal tumor— Malignant peripheral nerve sheath tumor。病歷報告僅描述 Histology grade (According to French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group [FNCLCC]): Grade 3，病歷報告未描述 WHO Grade。

編碼	案例
1	Cheek skin cancer 個案接受 excision biopsy 後，病理報告描述為 squamous cell carcinoma, well differentiated。此 excision biopsy 應視為治療性手術，原發部位手術方式也應編碼為 27。
3	子宮頸癌個案於手術記錄中描述腫瘤直接侵犯至膀胱，執行 Radical hysterectomy 及 partial cystectomy，一份病理報告描述 Uterus and bilateral adnexa, radical hysterectomy --Squamous cell carcinoma of cervix, moderate differentiated；同時另一份病理報告描述 Partial cystectomy--Squamous cell carcinoma , poorly differentiated, directed invasion from cervix。
1	Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma, well differentiated，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ。病理分級/分化請摘錄侵襲癌之分級/分化。
9	Mouth floor cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為其病理切片報告為：squamous cell carcinoma, well differentiated，先接受 CCRT 再接受 wide excision 及 Selective Neck Dissection (SND)，原發部位病理報告描述為 no residual tumor。
2	乳癌個案先接受 excision biopsy 病理報告描述 BR score 為 7，但是 surgical margin can’t assessment，後續接受 SM 病理報告診斷為 focal residure tumor，BR score 9。
A	Forearm skin cancer 個案接受 wide excision 後，病理報告描述為 squamous cell carcinoma, well differentiated。
H	個案由影像診斷為 Renal pelvis cancer ，並接受 ureteroscope biopsy，切片病理報告為 Papillary urothelial carcinoma, high grade；之後執行 nephroureterectomy，手術後的病理報告描述為 no residual tumor，臨床及病理分級/分化皆編碼為 H。

癌症確診方式

Diagnostic Confirmation

欄位長度：1

編碼範圍：1-9

癌登欄位序號 #2.11

NAACCR Item #490

欄位敘述：

記錄個案於申報醫院或外院之最精確的診斷依據。

收錄目的：

作為統計癌症經顯微鏡檢確認之比例。完整的癌症發生率統計應包括臨床及病理確診的個案。

編碼指引：

實質腫瘤(solid tumor)編碼指引(所有腫瘤，組織型態為 M9590-9993 除外)：

- 請依序從最精確的histologic confirmation (編碼1)到最不精確的unknown (編碼9)。編碼1是癌症最精確的確診方法，只要個案有接受編碼1的方式，則不管個案是否有接受其他形式的檢查，一律編碼為1。
- 個案於病程中任何時間只要有接受了更精確的癌症確診方式，則修改為數字較小的編碼。
- 以下之顯微鏡檢診斷依據，應編碼為1：
  - Biopsy、frozen section、surgery、autopsy或D&C等組織標本。
  - 骨髓標本(aspiration or biopsy)。
- 以下之顯微鏡檢診斷依據，應編碼為2：
  - 細胞學檢查，可包括sputum smears、bronchial brushings、bronchial washings、prostatic secretions、breast secretions、gastric fluid、spinal fluid、peritoneal fluid、pleural fluid、urinary sediment、cervical smears、vaginal smears。

    例如：因子宮頸抹片檢查結果偽陽性機率偏高，因此所有子宮頸癌個案「首次顯微鏡檢證實日期」皆以最早的 Histology 採檢日期為主；若只有 Pap smear 檢查結果為 CIN3 或以上，而 Histology 結果呈陰性，則不需申報，除非臨床醫師仍診斷為子宮頸癌時，則以其 Pap smear 來編碼，「癌症確診方式」編碼為 2。

  - 濃縮之spinal、pleural、或peritoneal fluid的石蠟塊(Paraffin block)標本。
- 當醫師臨床診斷為癌症時，如當時是依據某些特定癌症臨床診斷用之實驗室檢查/腫瘤標記之臨床確診時，可編碼為5。

  例如：攝護腺癌個案的檢查結果只有 PSA 值升高，而臨床醫師亦依據此 PSA 值而診斷為癌症。

  例外：肝癌的 alpha-fetoprotein **不可**視為癌症確診方式。
- 手術探查之外科醫師手術報告，或經由colonoscopy、mediastinoscopy、或 peritoneoscopy等內視鏡檢查，同時未做組織檢體檢查者，編碼為6。

實質腫瘤(solid tumor)編碼指引(所有腫瘤，組織型態為 M9590-9993 除外)		
編碼	**標示**	**定義**
1	組織病理學確診(Positive histology)	經顯微鏡檢證實，檢查方式為組織病理。
2	細胞學確診(Positive cytology)	經顯微鏡檢證實，檢查方式為細胞學診斷。
4	經顯微鏡檢證實，但未描述其確診方式	經顯微鏡檢證實，但不知為組織病理或是細胞學診斷。
5	實驗室檢驗/腫瘤標記檢查為陽性，但未經顯微鏡檢證實(Positive laboratory test/marker study)	診斷依據為某些特定癌症臨床診斷用之實驗室檢驗/腫瘤標記的臨床確診方式。
6	直接察看診斷為癌症，但未經顯微鏡檢證實	僅由手術或內視鏡方式察看腫瘤，但並未切除腫瘤組織以供顯微鏡檢查。
7	放射線或其他影像學檢查診斷為癌症，但未經顯微鏡檢證實	診斷依據為醫師僅由影像學檢查報告而判斷個案患有癌症。
8	僅臨床診斷(不包含 5、6、7)	診斷依據為醫師於病歷上記載個案罹患癌症請參考第一部份「含糊不清字彙」之說明。
9	不清楚是否經顯微鏡檢證實	病歷記載個案患有癌症，但未記錄其癌症確診方式(通常為個案分類 3 者)。

淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患編碼指引 (組織型態為 M9590-9993)

- 淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患之確診方式編碼並無優先順序。多數明確的組織型態多由免疫表現分型(immunophenotyping)及/或基因(genetic)檢測診斷。「The Hematopoietic Database(DB)」提供腫瘤型態更明確的診斷資訊。
- 以下之顯微鏡檢診斷依據，應編碼為1：
  - Biopsy、frozen section、surgery、autopsy或bone marrow(aspiration or biopsy)等組織標本。
  - 僅適用於leukemia：經hematologic findings確診者，包括周邊血液抹片(peripheral blood smears)、全血球計數(CBC)及白血球計數(WBC)；若僅是利用骨髓或血液執行免疫表現分型(immunophenotyping)及/或基因(genetic)檢測診斷，編碼不應為1。
- 以下之顯微鏡檢診斷依據，應編碼為2：
  - 細胞學檢查，可包括spinal fluid、peritoneal fluid、pleural fluid、urinary sediment、cervical smears、vaginal smears及濃縮之spinal、pleural、或peritoneal fluid的石蠟塊(Paraffin block)標本。這些方法極少用於診斷血液腫瘤或淋巴腫瘤。
- **當組織學診斷為癌症時，且免疫表現分型(immunophenotyping)及/或基因(genetic)檢測診斷亦為陽性，編碼為3。**
- 當醫師臨床診斷為癌症時，是依據某些特定癌症臨床診斷用之實驗室檢查/腫瘤標記(包含免疫表現分型(immunophenotyping)同時/或基因(genetic)檢測)，但無組織學確診時，編碼為5。

例如：Multiple myeloma 或 Waldenstrom macroglobulinemia 之不正常電泳高峰 (electrophoretic spike)。

- 若經由外科醫師手術探查之手術報告、或經由內視鏡檢查報告或屍體直接查看診斷為癌症，未做組織或細胞學檢查者，編碼為6。
- 當醫師僅以臨床診斷為癌症，無法編碼6或7時，則編碼為8。許多淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患，醫師的臨床診斷基於檢查檢驗報告與個案的臨床表現，以排除診斷的方式來確立診斷。

淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患編碼指引 (組織型態為 M9590-9993)		
編碼	**標示**	**定義**
1	組織病理學確診(Positive histology)	組織病理確診(組織標本經顯微鏡檢查)。
2	細胞學確診(Positive cytology)	細胞學確診(液體細胞經顯微鏡檢查，並沒有組織標本經顯微鏡檢查)。
3	組織病理學確診加上免疫表現分型(immunophenotyping) 陽性同時/或基因(genetic)檢測為陽性	組織學確定為惡性，且免疫表現分型(immunophenotyping)同時/或基因(genetic)檢測結果為陽性。 例如：Acute myeloid leukemia 經 bone marrow 檢查為 Acute myeloid leukemia，編碼 9861/3；加上基因(genetic)檢測 AML with inv(16)(p13;1q22)，編碼 9871/3。
4	經顯微鏡檢證實，但未描述其確診方式	經顯微鏡檢證實，但不知為組織病理或是細胞學診斷。
5	實驗室檢驗/腫瘤標記檢查為陽性(Positive laboratory test/marker study)或免疫表現分型(immunophenotyping) 陽性同時/或基因(genetic)檢測為陽性	診斷依據為某些特定癌症臨床診斷用之實驗室檢驗/腫瘤標記的臨床確診方式。
6	直接察看診斷為癌症，但未經顯微鏡檢證實	僅由手術或內視鏡方式察看腫瘤，但並未切除腫瘤組織以供顯微鏡檢查。
7	放射線或其他影像學檢查診斷為癌症，但未經顯微鏡檢證實	診斷依據為醫師僅由影像學檢查報告而判斷個案患有癌症。
8	僅臨床診斷(不包含 5、6、7)	診斷依據為醫師於病歷上記載個案罹患癌症。
9	不清楚是否經顯微鏡檢證實	病歷記載個案患有癌症，但未記錄其癌症確診方式(通常為不可分析的個案)。

首次顯微鏡檢證實日期 欄位長度：8

Date of First Microscopic Confirmation

癌登欄位序號 #2.12

欄位敘述：

記錄個案此癌症最早顯微鏡檢證實的日期。

收錄目的：

瞭解最初診斷日期與首次顯微鏡檢證實日期之不同，亦可計算至完成分期或開始治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄採取標本的日期，而非病理報告完成日期。
- 「首次顯微鏡檢證實日期」以最早確定診斷日期為主，而病理組織型態則以較詳細之病理報告為主。
- 若細胞學檢查(cytology)報告中使用含糊不清的詞彙，例如”suspicious for malignancy”，不可編碼為首次顯微鏡檢證實日期。
- 「首次顯微鏡檢證實日期」以病理上的診斷為依據，包括Histology及Cytology。若個案Histology及Cytology採檢的日期不同，則以最早採檢的日期為主。

  例外 1：因子宮頸抹片檢查結果偽陽性機率偏高，因此所有子宮頸癌個案「首次顯微鏡檢證實日期」皆以最早的 Histology 採檢日期為主；若只有 Pap smear 檢查結果為 CIN3 或以上，而 Histology 結果呈陰性，則不需申報。

  例外 2：白血病或其他血液腫瘤疾患(排除淋巴癌)個案，全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告異常，醫師使用含糊不清字彙診斷癌症，則該採檢日不得為首次顯微鏡檢證實日期。

- 個案經診斷為白血病或其他血液腫瘤疾患(排除淋巴癌)者，若有下列任一情況時，以**最早採檢日期**為首次顯微鏡檢證實日期：
  - 單次全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告**異常**。
  - 多份全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告**異常**，且醫師確定診斷時明示採用某份**異常**報告；若醫師未明示採用某份**異常**報告，則以癌症確診後最近一份**異常**報告為主。
  - 白血病個案若周邊血液(peripheral blood) blast≧20%，雖然醫師於病歷描述為rule out leukemia，仍可以視為確診。
  - 經骨髓或其他組織切片檢查證實。

注意 1：執行 CBC 或 WBC 檢查結果須為**異常**，才可視為組織病理確診。

注意 2：CBC 或 WBC **異常**判定標準，請諮詢醫師或參考院內共識；若未能諮詢到醫師，

則視報告結果無異常，癌登人員不需自行判斷。

- 許多淋巴癌、血癌、其他血液腫瘤疾患，醫師的臨床診斷依據檢查檢驗報告與個案的臨床表徵，且以排除其他癌症的方式來確立診斷，故「首次顯微鏡檢證實日期」應編碼為00000000。
- 「首次顯微鏡檢證實日期」盡量將年月日填寫完整，若無法填寫完整，請盡量推算至月份。

編碼	定義
CCYYMMDD	「首次顯微鏡檢證實日期」是指此癌症最早顯微鏡檢證實的日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
00000000	個案未做顯微鏡檢檢查。
99999999	• 不清楚個案是否有接受顯微鏡檢檢查。 • 「首次顯微鏡檢證實日期」不詳。

範例：

編碼	案例
20050320	民國 94 年 3 月 12 日的乳房攝影檢查顯示個案右邊乳房的外上四分之一處(upper-outer quadrant)有癌症(compatible with carcinoma)。民國 94 年 3 月 20 日個案接受乳房切除性切片檢查確診為浸潤性管道癌(infiltrating ductal carcinoma)。
20030615	醫師記載個案在民國 92 年 5 月 12 日體檢時發現攝護腺有結節且懷疑是癌症。民國 92 年 6 月 15 日做攝護腺的超音波導引的細針切片檢查(ultrasound guided needle biopsy)之 histology 結果確診為腺癌(adenocarcinoma)。
20040131	個案在 A 醫院的病理報告為 Carcinoma(2004/1/31)，在申報醫院為 Sarcomatoid carcinoma(2004/2/10)，應編碼為 20040131。
20060612	個案於民國 95 年 6 月 12 日送痰液標本檢查證實有 Non-small cell carcinoma，於民國 95 年 6 月 26 日作支氣管鏡檢查同時取組織 biopsy 結果為 large cell carcinoma。
20110901	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，醫師於 9 月 3 日依據細胞學報告結果診斷為白血病。民國 100 年 9 月 4 日再經骨髓切片結果確診為 AML。
20110904	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，醫師於 9 月 3 日依據細胞學報告結果診斷為 R/O 白血病。民國 100 年 9 月 4 日再經骨髓切片結果確診為 AML。
00000000	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，醫師於 9 月 3 日依據細胞學報告結果下診斷為 R/O 白血病。民國 100 年 9 月 4 日開始化學治療。
20110905	個案於民國 100 年 9 月 1 日進行 CBC/WBC 檢查，報告結果未描述異常。9 月 5 日再抽血檢查 CBC/WBC，報告結果為異常且醫師採用此異常報告記錄為白血病，隨後於 9 月 7 日經骨髓切片結果確診為 AML。
20121112	個案於民國 101 年 11 月 12 日做子宮頸切片組織病理報告為 HSIL (moderate to severe dysplasia 或 CIN2-CIN3)。
不申報	個案於民國 101 年 11 月 12 日做子宮頸切片病理報告為 HSIL (moderate dysplasia 或 CIN2)。
不申報	個案於民國 101 年 11 月 12 日做子宮頸**抹片**報告為 HSIL，於民國 101 年 12 月 6 日接受子宮頸錐狀切除(conization)病理報告為 CIN2。
20121112	個案於民國 101 年 11 月 12 日做子宮頸切片組織病理報告**僅描述**為 HSIL，於民國 101 年 12 月 6 日接受子宮頸錐狀切除(conization)病理報告為 CIN2，**經諮詢醫師後確認 HSIL 報告為 CIN2-3**。
20121112	個案於民國 101 年 11 月 12 日做子宮頸切片病理報告為 HSIL，且於民國 101 年 12 月 6 日接受子宮頸錐狀切除(conization)病理報告為 CIN3，經諮詢醫師後確認 HSIL 報告為 CIN2-3。

腫瘤大小

Tumor Size

欄位長度：3

編碼範圍：000-995, 998, 999

癌登欄位序號 #2.13

NAACCR Item #2800

欄位敘述：

描述原發腫瘤之最大尺寸或直徑，單位通常為毫米(mm)。1 cm=10 mm，1 mm=0.1 cm。

收錄目的：

腫瘤大小是重要的癌症預後因子，也是判定 AJCC 期別的依據。

一般編碼指引：

- 時間規則-資料收集時間截止於完成首次療程，或在診斷後四個月內無惡化情況下的所有資料，選擇以時間較長者為主。
- 記錄報告中的腫瘤最大直徑，請依下列順序記錄其腫瘤大小：
  - 若個案於手術前未接受輔助治療(neoadjuvant therapy)，且可取得病理報告記錄的腫瘤大小，應以病理報告描述的腫瘤大小來編碼。採用腫瘤直徑的大小，而不是腫瘤的深度或厚度。如果病理報告當中測量腫瘤大小的方法有不同，則按照此順序記錄：

    final diagnosis→synoptic report (如CAP protocol or pathology report checklist)→ microscopic → gross examination。

    例如： 肺癌病理報告為 2.1 cm × 3.2 cm × 1.4 cm，應編碼為 032。

    例如： 胸部 X 光顯示 3.5 公分腫塊；手術取得病理報告記載此腫塊為惡性腫瘤，測量大小為 2.8 公分，應編碼為 028。
  - 若個案手術前(neoadjuvant)接受全身治療(化療、荷爾蒙治療、免疫療法)或放射治療，則編碼採用治療前最大的腫瘤大小，除非是術後腫瘤大小大於術前所測量之腫瘤大小。

    例如： 個案口咽部位有一 2.2 公分腫塊，經 fine needle aspiration 證實為 squamous cell carcinoma。個案先接受化學治療(neoadjuvant chemotherapy)後再手術，全切除手術腫瘤病理報告記載之大小為 0.8 公分，應編碼為 022。
  - 採用影像/放射技術之順序。當個案病理報告或手術紀錄等無更詳盡之腫瘤大小資訊可提供時，可採用影像學檢查的腫瘤大小來編碼，最後才選擇理學檢查(physical exam)的大小編碼。
  - 各項報告紀錄的腫瘤大小有差異。若個案有多項影像學檢查報告且分別描述不同腫瘤大小，無論以何種影像技術，應以最大的腫瘤大小來編碼。
  - 若腫瘤對手術前輔助治療(neoadjuvant therapy)**沒有反應**。少數情況下，腫瘤對於手術前放射治療或全身性治療(化療、荷爾蒙治療、免疫療法)沒有反應，且在手術或病理報告中腫瘤變大，此狀況可採用治療後的手術/病理報告記錄之腫瘤最大直徑進行編碼。
  - 若臨床腫瘤大小未記錄，臨床醫師描述腫瘤對手術前輔助治療**有反應**，之後病理報告有

記錄腫瘤大小，則不採用此病理腫瘤大小，編碼應為 999。

- 記錄精確的原發腫瘤大小於所有部位/組織學，除了不適用的癌別外。採用精確的腫瘤大小優先於T分期項目的說明或範圍(參考以下特殊代碼)。如果在所有紀錄中沒有可參考的腫瘤大小，編碼為999。
  - 記錄原發腫瘤的大小，不可採用瘜肉(polyps)、潰瘍(ulcer)、囊腫(cysts)或轉移部位的大小來編碼。但對於描述為cystic mass的腫瘤，若是只有標示mass的大小，則以整個mass的大小來編碼，因為此囊腫本來就是腫瘤的一部份。
  - 記錄腫瘤之最大直徑，無論是取自切片檢查或原發腫瘤完全切除之標本。

    例如： 一個 3.3 cm 腫瘤換算為 33 mm，編碼為 033。

    例如： 肺癌個案於肺臟右上葉有個 1 公分結節、右中葉有個 1.3 公分結節。其腫瘤大小應以最大的結節 13 mm 編碼，編碼為 013。

  - 記錄invasive部份的腫瘤大小。
  - 若腫瘤同時含有in situ及invasive兩個部份，且已經個別測量大小，即使invasive的部分比較小，仍應以invasive的大小來編碼。

    例如： 病理報告描述腺癌腫塊為 3.7 cm 混合有侵襲性及原位癌，其中 1.4cm 為侵襲性，記錄腫瘤大小為 014。

    例如： 病理報告描述乳房腫塊為 2 x 1.5 公分的 intraductal carcinoma 及 1cm 的 infiltrating ductal carcinoma，應以 invasive 的 10 mm 逕行編碼。

  - 僅適用於**乳癌**之附加原則：若invasive部份未標示其大小時，應以病理報告、手術紀錄、影像學檢查報告或臨床檢查所描述之整個腫瘤大小來編碼。

    例如： 乳癌病理報告為 infiltrating ductal carcinoma with extensive in situ component；整個腫瘤大小為 2.3 公分，應編碼為 023。

    例如： Duct carcinoma in situ covering a 1.9 cm area with focal areas of invasive ductal carcinoma，應編碼為 019。

  - 腫瘤單純只有in situ，則直接以描述的大小來編碼。
  - 四捨五入法：適用於腫瘤大小僅為毫米(mm)，若腫瘤大於1 mm，則0.1-0.4 mm捨去，0.5-0.9 mm進位(採四捨五入至毫米)。若腫瘤小於或等於1 mm、最大尺寸或直徑介於0.1到0.9 mm，編碼為001(勿捨去編碼為000)。

    例如：描述乳癌大小為6.5 mm，編碼為007。
    描述Polyp為15 mm，cancer in polyp的大小為2.3 mm，編碼為002。
    描述Focus of cancer大小為0.5 mm，編碼為001。
    描述Focus of cancer大小為1.4 mm，編碼為001。

    例外：僅適用於**乳癌**，依據AJCC第八版第48章之規則，腫瘤大小為大於1mm並介於1.4 mm之間請勿採用四捨五入法，故腫瘤大小若為>1.0 mm-2.4 mm之間，應編碼為002。

- **顯微鏡檢下**有殘餘腫瘤或手術邊緣陽性並不影響整體腫瘤大小，故可直接以其腫瘤大小逕行編碼。
- 勿試圖將腫瘤碎片進行拼湊成一整個腫瘤大小，因為難以還原腫瘤原有的大小(可能不是位在同一個位置；或可能僅僅代表著一個大腫瘤很小的一部份)。但若病理醫師有記載腫瘤聚集重建起來的大小，則可直接將此大小編碼。
- 若原發部位已執行過excisional biopsy之後再進行腫瘤切除，而殘餘腫瘤大於excisional biopsy時，則以殘餘腫瘤大小來編碼。
- 未記錄臨床腫瘤大小但接受incisional needle biopsy者。當個案作進一步切除手術時並無發現殘餘腫瘤，可採用incisional needle biopsy之腫瘤大小逕行編碼；或少見的個案其incisional needle biopsy的腫瘤大於切除手術的腫瘤大小，可採用incisional needle biopsy之腫瘤大小逕行編碼。若腫瘤大小不詳或病歷未記載腫瘤大小，則編碼為999。
- 惡性黑色素瘤(Malignant melanoma of skin, mucosal membrane, mucosa of head and neck sites, or eye)記錄其腫瘤最大直徑或橫向尺寸(浸潤深度不採用)。
- 腫瘤為Multifocal/multicentric。如果腫瘤是多灶性或有多個腫瘤起源於一個部位，取最大的腫瘤尺寸進行編碼。
- 腫瘤大小依照T分期。若病歷記錄T分期項目及精確的腫瘤大小，則採用精確大小編碼。若醫師僅於醫療紀錄描述T分期項目，且T分期項目是依照腫瘤大小決定，則採用合適的991至995之序列編碼(參考特殊編碼)。
- 腫瘤大小若<1cm到>4cm(<5cm)，分別可以選擇編碼991-995；但是若病歷上只描述腫瘤>5cm，則編碼時請加上1mm，編碼為051，若病歷上只描述腫瘤>6cm，則編碼時請加上1mm，編碼為061，依此類推。
- 若病歷上只以某範圍描述腫瘤大小，例如4-6cm，應以最大值摘錄，編碼060。
- 腫瘤大小不詳或病歷未記載，則腫瘤大小編碼為999。
- 編碼000表示沒有發現原發部位的腫瘤或腫塊。

  例如： 原發部位未發現腫瘤，但已有轉移癌。

- 使用編碼990。僅由顯微鏡觀察見到微小病灶(microscopic focus)且未記載腫瘤大小，則編碼為990(肉眼觀察下未發現腫瘤而僅於顯微鏡檢才辨識出腫瘤存在)。

  注意： 「microscopic focus、microfocus 及 microinvasion」之意與「macroscopic focal or focus」不同，後者指於肉眼下可看得見之非常小的腫瘤。若僅於顯微鏡檢才辨識出腫瘤，應編碼為 990。若報告同時描述 microscopic focus 及明確腫瘤大小時，則編碼明確腫瘤大小。

  例如： 子宮頸錐狀切除(conization)顯示為 severe dysplasia with focal areas of microinvasion，應編碼為 990(顯微鏡觀察為微小病灶且無記載其大小)。

  例如： 個案病理報告描述標本為 2 x 3 cm，其中於顯微鏡觀察下發現有 a focus of infiltrating carcinoma，應編碼為 990(顯微鏡觀察為微小病灶且無記載其大小)。

  例如： 卵巢檢體病理報告 macroscopic(gross)描述為：extensive cystic disease with focal areas of tumor seeding，則不管其「focal」而編碼為 999(不詳)。(因為未註明腫

瘤大小)

例如： 乳癌個案病理報告於顯微鏡觀察下發現有 multicentric microscopic foci，最大為 0.5 mm，應編碼 001。

- 當下列部位之腫瘤侵犯情形以所列之字彙敘述時，則編碼為998；但若病歷均有描述腫瘤大小及下列情形時仍應編碼998，不採腫瘤大小編碼：
    - Appendix (C18.1)：家族性/多發性息肉症。
    - Carcinoid of appendix (C18.1)：家族性/多發性息肉症。
    - Colon (C18.0, C18.2-C18.9)：家族性/多發性息肉症。
    - Rectosigmoid and rectum (C19.9, C20.9)：家族性/多發性息肉症。
- 當下列部位之腫瘤侵犯情形若病歷有描述腫瘤大小，則可摘錄腫瘤大小，若無描述則編碼998：
    - Esophagus (C15.0-C15.5, C15.8-C15.9)：侵犯整圈(Entire circumference)。
    - EsophagusGEJunction (C16.0-C16.2)：瀰漫性(diffuse)；廣泛擴散(widespread)；侵犯3/4或更多；皮革胃(linitis plastica)。
    - Stomach (C16.0-C16.6, C16.8-C16.9)：瀰漫性(diffuse)；廣泛擴散(widespread)；侵犯3/4或更多；皮革胃(linitis plastica)。
    - Lung and main stem bronchus (C34.0-C34.3, C34.8-C34.9)：瀰漫性、侵犯整個肺臟或NOS。
    - Breast (C50.0-C50.6, C50.8-C50.9):瀰漫性(diffuse)。
- High grade dysplasia (severe dysplasia) 個案之腫瘤大小請參考病理報告，勿採用影像學報告；若病理報告無描述腫瘤大小，應編碼為998。
- 不適用腫瘤大小。下列組織類型或腫瘤部位之腫瘤大小不適用(not applicable)登錄於本欄位，應編碼為999：
    - Disseminated Langerhans cell histiocytosis (Letterer-Siwe disease)
    - Hematopoietic neoplasms
    - Immunoproliferative diseases
    - Kaposi sarcoma
    - Leukemia
    - Malignant lymphoma (Hodgkin lymphoma and non-Hodgkin lymphoma) other than ocular adnexal lymphoma
    - Mast cell tumors
    - Multiple myeloma and other plasma cell tumors
    - Myelodysplastic syndromes
    - Myeloproliferative diseases
    - Polycythemia vera
    - Polymorphic Post-Transplant Lymphoproliferative Disorder (PTLD)

- Refractory anemias
- Other Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative, and Myeloproliferative Neoplasms
- Melanoma Choroid
- Melanoma Ciliary body
- Melanoma Iris

編碼	定義
000	未發現腫瘤，例如：原發部位未發現腫瘤，但已有轉移癌。
001-988	記錄腫瘤實際大小，以 mm 為單位。
989	≧989 mm。
990	僅由顯微鏡觀察見到微小病灶(microscopic focus or foci only)，未記載腫瘤大小。
991	描述為＜1 cm
992	描述為＜2 cm 或＞1 cm 或介於 1 cm 至 2cm 之間。
993	描述為＜3 cm 或＞2 cm 或介於 2 cm 至 3 cm 之間。
994	描述為＜4 cm 或＞3 cm 或介於 3 cm 至 4 cm 之間。
995	描述為＜5 cm 或＞4 cm 或介於 4 cm 至 5 cm 之間。
998	特定腫瘤侵犯情形，詳見前述編碼指引。
999	• 腫瘤大小不詳。 • 未描述腫瘤大小。 • 病歷未記載。 • 不適用。

範例：

編碼	案例
000	頸部淋巴結執行 excision biopsy，病理報告診斷為 squamous cell carcinoma，同時 EBER 反應為陽性，但於頭頸部影像檢查及各處執行切片皆未發現有腫瘤，臨床醫師診斷原發部位為 nasopharyngeal carcinoma。
001	攝護腺癌之 TURP 呈現惡性病灶 0.6 mm(四捨五入為 1mm)。
008	甲狀腺切除的檢體病理報告為 8 毫米的 carcinoma。
010	病理報告描述乳房腫塊為 2 x 1.5 公分的 intraductal carcinoma 及 1 公分的 infiltrating ductal carcinoma，應以 invasive 的 10 mm 逕行編碼。
013	肺癌個案於肺臟右上葉有個 1 公分結節、右中葉有個 1.3 公分結節。其腫瘤大小應以最大的結節 13 mm 編碼。
022	個案口咽部位有一 2.2 公分腫塊，經 fine needle aspiration 證實為 squamous cell carcinoma。個案先接受化學治療(neoadjuvant chemotherapy)後再手術，全切除手術腫瘤病理報告記載之大小為 0.8 公分。
023	乳癌病理報告為 infiltrating ductal carcinoma with extensive in situ component；整個腫瘤大小為 2.3 公分。
025	乳癌 Mammogram 呈現 2.5 cm(2.5 cm = 25 millimeters)的惡性腫瘤。
028	胸部 X 光顯示 3.5 公分腫塊；手術取的病理報告記載此腫塊為惡性腫瘤，測量大小為 2.8 公分。
040	胸部電腦斷層顯示：右上肺葉有 4 公分腫塊(4 cm = 40 mm)。
044	病理報告描述腫瘤大小為 3x 4.4 x 2.5 cm，應以腫瘤最大直徑 44 mm 編碼。
990	病理報告描述標本為 2 x 3 cm，其中於顯微鏡觀察下發現有 a focus of infiltrating carcinoma。
990	子宮頸錐狀切除(conization)顯示為 severe dysplasia with focal areas of microinvasion，應編碼為 990(顯微鏡觀察為微小病灶且無記載其大小)。
990	肺葉切除之病理報告描述 multiple microscopic foci(顯微鏡觀察為多個微小病灶且無記載其大小)。

神經侵襲

Perineural Invasion

欄位長度：1

編碼範圍：0,1,7-9

癌登欄位序號 #2.13.1

欄位敘述：

記錄病歷中原發部位病理報告記載神經侵襲的情形。

收錄目的：

做為預後評估。腫瘤是否有神經侵襲，為臨床治療上的重要因素之一。

編碼指引：

- 根據原發部位病理報告摘錄是否有神經侵襲。若無病理報告，則可以參考病歷記錄中有關病理資訊之描述。
- 可參考申報醫院與外院資料，優先摘錄神經侵襲之陽性資訊，若無外院資料則摘錄申報醫院資料。
- 病情惡化後所執行的病理報告則不採用。
- 病理報告若描述為無殘餘腫瘤(no residual tumor)時，應視為無神經侵襲。
- 任一原發部位病理報告記載有神經侵襲，編碼為1。
- 未接受前導性治療的個案，若有多份原發部位病理報告，且報告內容描述涵蓋有不確定、未侵襲或不詳等記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。
- 所有原發部位病理報告皆未描述神經侵襲情形，編碼為7。
- 因病理樣本無法評估或判斷而未能描述神經侵襲侵犯情形，編碼為7。
- 個案為High grade dysplasia (severe dysplasia)或原位癌，編碼為8(不適用)。
- 原發部位未執行病理組織檢查或僅執行細胞學檢查、原發部位不詳(C80.9)、淋巴瘤、白血病、Plasma Cell Myeloma、GIST和NETs之個案與中樞神經系統之惡性腫瘤，應編碼為8 (不適用)。
- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
    - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有神經侵襲，應編碼為1。
    - 若治療前後的病理報告皆描述未有神經侵襲時，應編碼為0。
    - 若治療前的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後**有**病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若**無**病理報告且無任何資訊編碼9。
    - 若治療前無任何資訊，治療後病理報告描述未侵犯或無資訊編碼9。

編碼	定義
0	無神經侵襲。
1	有神經侵襲。
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有神經侵襲。 • 所有原發部位病理報告皆未描述神經侵襲情形。 • 原發部位有執行病理檢查，但病理報告描述無惡性細胞。
8	不適用： • GIST、NETs、High grade dysplasia (Severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳。 • 原發部位未執行病理檢查或僅執行細胞學檢查。
9	病歷未記載或不詳。

範例：

編碼	案例
0	結腸癌個案切片病理報告並未描述神經侵襲狀態，接受手術治療，術後病理報告描述沒有神經侵襲。
0	口腔癌個案切片病理報告描述神經侵襲狀態為 NA，後續接受手術治療，術後病理報告描述沒有神經侵襲。
7	卵巢癌個案經影像確診後，接受手術治療，術後病理報告未描述神經侵襲狀態。
8	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

淋巴管或血管侵犯

Lymph vessels or Vascular Invasion (LVI)

欄位長度：1

編碼範圍：0,1,7-9

癌登欄位序號 #2.13.2

欄位敘述：

依據原發部位病理報告記錄是否出現淋巴管或血管侵犯。

收錄目的：

做為治療評估。腫瘤是否有淋巴管或血管侵犯，為臨床治療上的重要因素之一。

編碼指引：

- 根據原發部位病理報告摘錄是否有淋巴管或血管侵犯。若無病理報告，則可以參考病歷記錄中有關病理資訊之描述。
- 可參考申報醫院與外院資料，優先摘錄淋巴管或血管侵犯之陽性資訊，若無外院資料則摘錄申報醫院資料。
- 病情惡化後所執行的病理報告則不採用。
- 病理報告若描述為無殘餘腫瘤(no residual tumor)時，應視為無淋巴管或血管侵犯。
- 與Lymph-vascular invasion(LVI)的同義字詞包括：Angiolymphatic invasion、Blood vessel invasion、Lymph-vascular emboli、Lymphatic invasion、Lymphvascular invasion、Vascular invasion。
- 任一原發部位病理報告有描述淋巴管或血管有侵犯，編碼為1。
- 未接受前導性治療的個案，若有多份原發部位病理報告，且報告內容描述涵蓋有不確定、未侵襲或不詳等記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。
- 所有原發部位病理報告皆未描述淋巴管或血管侵犯情形，編碼為7。
- 因病理樣本無法評估或判斷而未能描述淋巴管或血管侵犯情形，編碼為7。
- 個案為High grade dysplasia (severe dysplasia)或原位癌，編碼為8(不適用)。
- 原發部位未執行病理檢查或僅細胞學檢查、原發部位不詳(C80.9)、淋巴瘤、白血病、Plasma Cell Myeloma、GIST 和 NETs 之個案與中樞神經系統之惡性腫瘤，應編碼為 8 (不適用)。
- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
    - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有淋巴管或血管有侵犯，應編碼為1。
    - 若治療前後的病理報告皆描述淋巴管或血管未侵犯時，應編碼為0。
    - 若治療前的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後**有**病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若**無**病理報告且無任何資訊編碼9。
    - 若治療前無任何資訊，治療後病理報告描述未侵犯或無資訊編碼 9。

編碼	定義
0	無淋巴管或血管侵犯。
1	有淋巴管或血管侵犯。
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有淋巴管或血管侵犯。 • 所有原發部位病理報告皆未描述淋巴管或血管侵犯情形。 • 原發部位有執行病理檢查，但病理報告描述無惡性細胞。
8	不適用。 • GIST、NETs、High grade dysplasia (severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳個案。 • 原發部位未執行病理檢查或僅細胞學檢查。
9	病歷未記載或不詳。

範例：

編碼	案例
0	結腸癌個案切片病理報告並未描述淋巴管或血管侵犯狀態，接受手術治療，術後病理報告描述沒有淋巴或血管侵犯。
0	口腔癌個案切片病理報告描述淋巴管或血管狀態為 NA，後續接受手術治療，術後病理報告描述沒有淋巴或血管侵犯。
7	卵巢癌個案經影像確診後，接受手術治療，術後病理報告未描述淋巴管或血管侵犯狀態。
8	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

區域淋巴結檢查數目

Regional Lymph Nodes Examined

欄位長度：2

編碼範圍：00-90, 95-99

癌登欄位序號 #2.14

NAACCR Item #830

欄位敘述：

記錄經由病理醫師檢驗的區域淋巴結總數。

收錄目的：

本欄位可用以評估病理報告品質、手術廣泛程度，及治療品質之測量指標。

編碼指引：

- 本欄位僅適用於區域淋巴結，不含遠端淋巴結。
  - 於首次療程中，不論摘除前是否接受治療，均以病理報告記載為準。
  - 不確定是否檢查或移除淋巴結，編碼99。
- 編碼00，情況包括：
  - 僅有臨床評估。
  - 淋巴結未經病理檢驗。
  - 進行淋巴結引流區之摘除(dissection)，但病理檢查未檢驗出淋巴組織。

  例如： 乳癌個案接受腋下淋巴結摘除，病理報告描述為軟組織轉移，且組織標本未檢測出淋巴結，則編碼為 00。

  - 若區域淋巴結檢查數目編碼00，則區域淋巴結侵犯數目應編碼98。
- 記錄所有首次療程中，所有經病理檢驗之區域淋巴結總數，說明如下：
  - 應累計診斷處置(aspiration、core biopsy)及手術切除(dissection)所摘除的區域淋巴結數目。

    注意：區域淋巴結檢查數目之累計，需視採樣是否來自於同一淋巴結群(lymph node chain)；若屬於同一淋巴結群，則區域淋巴結檢查數目應以手術切除顆數為主。

  - 若同一淋巴結群，有進行診斷處置(aspiration、core biopsy)與手術切除(dissection)時，摘除的區域淋巴結顆數**不可**加總。

  例如： 肺癌個案透過 mediastinoscopy 從 hilar lymph node 以 core biopsy 採樣(呈陽性)，再進行右上葉肺切除手術，dissection 11 顆淋巴結，其中 hilar(3 顆)及 mediastinal nodes(2 顆)均為陽性。正確編碼為：區域淋巴結檢查數目 11；區域淋巴結侵犯數目 05 (同一 chain 之 core biopsy 不予加總)。

  - 若不同淋巴結群，有進行診斷處置(aspiration、core biopsy)與手術切除(dissection)時，摘除的區域淋巴結顆數**可**加總。

  例如： 乳癌個案從 supraclavicular node 以 core biopsy 採樣呈(1 顆)陽性，並從 axillary

進行 dissection 取出 8 顆淋巴結，3 顆為陽性。正確編碼為：區域淋巴結檢查數目 09；區域淋巴結侵犯數目 04 (supraclavicular node 與 axillary node 雖為不同的 chain，但兩者均屬區域淋巴結，應進行加總) 。

- 不確定診斷處置採樣取自何處之淋巴結,則應假設與手術摘除之淋巴結為相同淋巴結群，因此摘除顆數不可加總。

  例如： 個案在他院進行 core biopsy，且 resection 時採檢 7/14 陽性淋巴結，「區域淋巴結檢查數目」應編碼為 14，「區域淋巴結侵犯數目」應編碼為 07。

- 顆數描述不一致時，採用的優先順序依次為：final diagnosis, CAP protocol, microscopic, gross。
- 僅以aspiration或core biopsy採樣，編碼95。
- 以sampling (包括excisional biopsy, berry picking, sentinel lymph node procedure等)方式採樣，若有記載顆數則按顆數編碼，若顆數不詳則編碼96。
- 以dissection (包括lymphadenectomy, radical node dissection, lymph node stripping, selective dissection)摘除大部分或所有同一chain(s)的淋巴結，顆數不詳，編碼97。
- 若同時以sampling及dissection方式處理，顆數不詳，編碼97。
- 淋巴結移除方式及顆數不詳，編碼98。
- 以下之原發部位和組織類型碼，應編碼為99：
  - Placenta (C58.9)
  - Brain and Cerebral Meninges (C70.0-C70.9, C71.0-C71.9)
  - Other Parts of Central Nervous System (C72.0-C72.5,C72.8-C72.9, C75.1-C75.3)
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    - i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
    - ii. Histologies：M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
  - Lymphomas ：M-9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971 & all sites)
    排除：C44.0-C44.9, C51.0-C51.2, C51.8-C51.9, C60.0-C60.2, C60.8-C60.9, C63.2 & 9597, 9680, 9700-9701, 9708-9709, 9712, 9718-9719, 9725-9726
  - Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809 & all histologies)
  - Kaposi sarcoma (9140/3)

編碼	描述
00	未檢查區域淋巴結。
01-89	檢查顆數 1-89 顆 (按實際顆數填寫)。
90	檢查顆數為≧90 顆。
95	淋巴結未移除 (以 aspiration 或 core biopsy 方式) 。
96	移除，但數目不詳 (以 sampling 方式) 。
97	移除，但數目不詳 (以 dissection 方式) 。
98	• 經手術移除，但數目不詳 (未記載以sampling或dissection) 。 • 有檢查，但數目不詳。
99	• 不知道是否有檢查。 • 不適用或是陰性。 • 病歷中未記載。

區域淋巴結侵犯數目

Regional Lymph Nodes Positive

欄位長度：2

編碼範圍：00-90, 95, 97-99

癌登欄位序號 #2.15

NAACCR Item #820

欄位敘述：

記錄經由病理醫師檢驗呈陽性的區域淋巴結總數。

收錄目的：

本欄位可用以評估病理報告品質、手術廣泛程度，及治療品質之測量指標。

編碼指引：

- 本欄位僅適用於區域淋巴結，不含遠端淋巴結。
- 不論摘除淋巴結前是否已接受治療，均應以病理報告記載為準。
- 原位癌個案較不會發生淋巴結侵犯，編碼00或98。若確實發生淋巴結轉移，請與病理醫師重新確認或由團隊會議討論決議。
- 記錄所有首次療程中，所有經病理檢驗**陽性**之區域淋巴結總數，說明如下：
  - 應累計診斷處置(aspiration、core biopsy)及手術切除(dissection)所摘除的區域淋巴結陽性數目。

注意：區域淋巴結侵犯數目之累計，需視採樣是否來自於同一淋巴結群(lymph node chain)；若屬於同一淋巴結群，則區域淋巴結侵犯數目應以手術切除之陽性顆數為主。

  - 若同一淋巴結群，有進行診斷處置採樣(呈陽性)與手術摘除(呈陽性)時，摘除的區域淋巴結陽性顆數不可加總。

例如： 肺癌個案透過 mediastinoscopy 從 hilar lymph node 以 core biopsy 採樣(呈陽性)，再進行右上葉肺切除手術，dissection 11 顆淋巴結，其中 hilar(3 顆)及 mediastinal nodes(2 顆)均為陽性。正確編碼為：區域淋巴結檢查數目 11；區域淋巴結侵犯數目 05 (同一 chain 之 core biopsy 不予加總) 。

例如： 以 aspiration 化驗出淋巴結呈陽性，隨後進行同區域淋巴結 dissection 顯示 6 顆中有 1 顆為陽性。正確編碼：區域淋巴結檢查數目 06；區域淋巴結侵犯數目 01。

  - 若不同淋巴結群，有進行診斷處置採樣(呈陽性)與手術摘除(呈陽性) 時，摘除的區域淋巴結陽性顆數可加總。

例如： 乳癌個案從 supraclavicular node 以 core biopsy 採樣呈(1 顆)陽性，並從 axillary 進行 dissection 取出 8 顆淋巴結，3 顆為陽性。正確編碼為：區域淋巴結檢查數目 09；區域淋巴結侵犯數目 04 (supraclavicular node 與 axillary node 雖為不同的 chain，但兩者均屬區域淋巴結，應進行加總) 。

  - 不確定診斷處置採樣取自何處之淋巴結，則應假設與手術摘除之淋巴結為相同淋巴結

群，因此陽性顆數不可加總。

例如： 個案在他院進行 core biopsy，且 resection 時採檢 7/14 陽性淋巴結，「區域淋巴結檢查數目」應編碼為 14，「區域淋巴結侵犯數目」應編碼為 07。

- 當顆數描述不一致時，採用的優先順序依次為：final diagnosis, CAP protocol, microscopic, gross.
- 以aspiration或core biopsy取樣，編碼95。
  - 以aspiration檢驗呈陽性，但未進行手術切除，編碼95。

例如： 食道癌個案 CT scan 顯示 enlarged mid-esophageal node 經 aspiration 檢驗呈陽性，隨後個案僅接受放射線治療。區域淋巴結侵犯數目編碼 95，檢查數目編碼 95。

  - 以aspiration檢驗呈陽性，但手術時採檢呈陰性，編碼95。

例如： 肺癌個案 aspiration 呈現 suspicious hilar mass，顯示 lymph node tissue 有 metastatic squamous carcinoma。隨後個案進行術前放射線治療，再進行 lobectomy 顯示 6 顆 hilar lymph nodes 呈陰性。區域淋巴結侵犯數目編碼 95，檢查數目則依手術切除顆數而定。

- 所有採檢呈陽性淋巴結的報告都應列入參考，陽性總數不詳時，編碼97。

例如： pyriform sinus cancer 個案經 FNA 檢驗出頸部 1 顆淋巴結陽性。個案先接受 neoadjuvant chemotherapy 再進行原發部位 resection 及 radical neck dissection，摘除 10 顆淋巴結，其中多顆呈現陽性，其餘的淋巴結呈現“chemotherapy effect”。區域淋巴結侵犯數目編碼 97，淋巴結檢查數目應編碼 10。

- 下列情形應編碼98：
  - 僅有臨床評估。
  - 未移除或檢查淋巴結。
  - 進行淋巴結引流區摘除(dissection)，但病理檢查未檢驗出淋巴組織。

例如： 乳癌個案接受腋下淋巴結摘除，病理報告描述為軟組織轉移，且組織標本未檢測出淋巴結，則編碼為 98。

  - 本欄位編碼98時，「區域淋巴結檢查數目」應編碼00。
- 除了皮膚黑色素瘤及皮膚Merkel cell carcinoma外，所有原發部位在判斷淋巴結陽性顆數時，只算「micrometastases」或更大者(大於0.2mm)；而不算只有含「isolated tumor cell (ITCS)」之淋巴結。若病理報告僅描述淋巴結為陽性，而未提及其轉移大小，應假設其轉移是大於 0.2mm，並納入計算。
  - 皮膚黑色素瘤及皮膚Merkel cell carcinoma的「isolated tumor cell (ITCS)」淋巴結需納入陽性淋巴結計算。
- 以下之原發部位和組織類型碼，應編碼為99：
  - Placenta (C58.9)
  - Brain and Cerebral Meninges (C70.0-C70.9, C71.0-C71.9)

- Other Parts of Central Nervous System (C72.0-C72.5,C72.8-C72.9, C75.1-C75.3)
- Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：

  i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)

  ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
- Lymphomas：M-9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971 & all sites)
  排除：C44.0-C44.9, C51.0-C51.2, C51.8-C51.9, C60.0-C60.2, C60.8-C60.9, C63.2 & 9597, 9680, 9700-9701, 9708-9709, 9712, 9718-9719, 9725-9726

  Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809 & all histologies)
- Kaposi sarcoma (9140/3)

編碼	描述
00	區域淋巴結沒有被侵犯。
01-89	侵犯顆數為 1-89 顆 (按實際顆數填寫)。
90	侵犯顆數為≧90 顆。
95	已被侵犯 (以 aspiration 或 core biopsy 方式) 。
97	已被侵犯，但數目不詳。
98	未檢查區域淋巴結。
99	• 不知道區域淋巴結是否被侵犯。 • 不適用。 • 病歷未記載。

癌症最初診斷期別

診斷性及分期性手術處置日期 欄位長度：8

Date of Surgical Diagnostic and Staging Procedure

癌登欄位序號 #3.1

NAACCR Item #1280

欄位敘述：

記錄在任何醫療機構，為診斷或分期而執行的手術處置日期。

收錄目的：

記錄非治療目的所用之手術處置資源。

編碼指引：

- 記錄在申報醫院或外院進行「診斷性及分期性手術處置」的日期。
- 登錄臨床醫師確認癌症後所進行「診斷性及分期性手術處置」之最早日期。
- 若手術處置在個案癌症確診後進行，即使該手術處置之檢查結果為陰性，仍應在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。但若該術處置在個案癌症確診之前進行，該手術處置之檢查結果須為陽性，方可在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄在申報醫院或外院為診斷及分期而執行的手術處置日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
00000000	• 未進行診斷性及分期性手術處置。 • 於屍體解剖時才診斷為癌症。
99999999	• 不知是否進行診斷性及分期性手術處置。 • 進行診斷性及分期性手術處置日期不詳。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20070603	個案民國 96 年 6 月 1 日經電腦斷層檢查確診為肺癌，於 96 年 6 月 3 日接受支氣管鏡併右上肺葉切片檢查結果為陰性,96 年 6 月 10 日再接受電腦斷層掃描指引右上肺葉切片檢查結果為肺腺癌。
20070703	個案 96 年 7 月 1 日經電腦斷層檢查確診為肺癌，於 96 年 7 月 3 日接受電腦斷層掃描指引右上肺葉切片檢查結果為陰性,96 年 7 月 10 日再接受電腦斷層掃描指引肝腫瘤切片檢查結果為肺腺癌肝臟轉移。
00000000	個案於 96 年 2 月 1 日子宮頸抹片檢查結果為 CIN2，於 96 年 2 月 3 日接受子宮頸切片檢查結果為陰性,96 年 2 月 10 日再接受子宮頸錐狀切片檢查結果為 CIS，且**手術邊緣無腫瘤細胞殘留**(視為手術治療)。
20070406	個案於 96 年 4 月 1 日經腹部電腦斷層檢查疑似大腸癌併肝臟轉移，於 96 年 4 月 6 日接受肝臟超音波指引肝臟切片檢查結果為陰性,96 年 4 月 10 日再接受大腸鏡檢查併腫瘤切片檢查結果為大腸癌。

外院診斷性及分期性手術處置

Surgical Diagnostic and Staging Procedure at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-07, 09-14

癌登欄位序號 #3.2

欄位敘述：

記錄在外院為診斷或分期而執行的手術處置。

收錄目的：

記錄在外院非治療目的所用之手術處置資源。

編碼指引：

- 此欄位不包含區域淋巴結的手術處置。
- 記錄在外院為診斷或分期目的而執行的手術處置。若該手術處置在個案癌症確診後進行，即使該手術處置之檢查結果為陰性，仍應在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。但若該手術處置在個案癌症確診之前進行，該手術處置之檢查結果須為陽性，方可在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。
- 若個案手術中接受腫瘤冰凍切片確診後，無針對該冰凍切片部位進行腫瘤切除，則可在「診斷性及分期性手術處置」進行編碼；但若後續針對該冰凍切片部位進行腫瘤切除，則不可編碼於「診斷性及分期性手術處置」欄位中。
- 若子宮體癌個案接受分期性手術(staging surgery)，醫師切除無病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)之其他部位組織時，應視為診斷或分期而執行的手術處置，需納入本欄位編碼。

  例如1：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄未描述腹膜有病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，且腹膜病理報告無癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的為確認分期(for staging)應登錄於「診斷性及分期性手術處置」，編碼為10(原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查)。

  例如2：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄描述腹膜有沾黏(adhesion)，腹膜病理報告無癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的為確認分期(for staging)應登錄於「診斷性及分期性手術處置」，編碼為10(原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查)。

  例如3：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)時，於手術記錄未描述原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，但病理報告證實有癌細胞侵犯，執行原發腫瘤外之其他組織或器官切除，如腹膜切除

(Omentectomy)，應登錄於「其他部位手術方式」。

- 若因疾病惡化或懷疑有新的轉移所執行之診斷性手術，不可編碼於此欄位。
- 原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查(incisional biopsy)，則編碼為10，若二者處置方式不同時，忽略其執行方式。
- 若執行切片檢查時，確認該切片部位為原發腫瘤直接侵犯(direct invasion)，則該切片部位**視為對原發腫瘤進行切片**。
- 若執行切片檢查時，無法確認該切片部位是否為原發腫瘤直接侵犯(direct invasion)，或**已**確認切片部位與**原發腫瘤為不連續的腫瘤，則該切片部位應視為對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查**。
- 結內淋巴癌個案，有多顆淋巴結侵犯時，僅針對其中一顆淋巴結切片(biopsied)或切除(removed)作為診斷或分期依據，則「外院診斷性及分期性手術處置」編碼為02，此狀況於『外院原發部位手術方式』，編碼為00。
- 若結內淋巴癌個案僅單顆淋巴結侵犯，且該顆淋巴結接受切除，則「外院診斷性及分期性手術處置」編碼為00；應登錄於「外院原發部位手術方式」，編碼為25。
- 若僅執行診斷性區域性淋巴結的組織抽吸(aspirate)、診斷性切片(incisional/excisional biopsy，core biopsy)手術處置本欄位需編碼為00。
- 刷拭(brushings)、沖洗(washings)、細胞抽吸(aspiration)、血液學檢查(周邊血液抹片檢查)等細胞學檢查呈陽性，需記錄在「癌症確診方式」欄位。上述細胞學檢查並非手術處置，因此勿編碼於「外院診斷性及分期性手術處置」欄位。
- 在進行切除性切片(excisional biopsies)檢查時，如手術邊緣在肉眼觀察下已切除乾淨，無論顯微鏡下是否仍有殘存癌細胞，則此手術不應該在本欄位中編碼，應該在「原發部位手術方式」進行編碼。(註：incision和excision不同：incision為切入之意，指將腫瘤切入並取部分檢體化驗以確定診斷；而excision為切除之意，指將腫瘤全部切除，其手術邊緣和腫瘤之間切除乾淨。)

編碼	定義
00	未進行診斷性或分期性的手術處置。
01	對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)，未進行探查式處置(exploratory procedure)。
02	對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
03	僅進行手術探查，但在過程中未進行切片檢查或治療。
04	進行外科繞道手術(bypass)，但在過程中未進行切片檢查。
05	進行探查式處置(exploratory procedure)，對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
06	進行外科繞道手術(bypass)，對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)
07	進行診斷性或/及分期性的手術處置，但方式不詳。
09	不清楚是否有進行診斷性或分期性的手術處置。
10	對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
11	進行探查式處置(exploratory procedure)，對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
12	進行探查式處置(exploratory procedure)，對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
13	進行外科繞道手術(bypass)，對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
14	進行外科繞道手術(bypass)，對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。

範例：

編碼	案例
00	肺癌個案，經由電腦斷層檢查確診後死亡。並未接受任何診斷或分期性的外科處置。
00	懷疑罹患肺癌而進行痰液細胞學檢查，確定有肺癌細胞。此細胞學檢查不屬於手術處置。
00	個案於 2 月 1 日子宮頸抹片檢查結果為 CIN2，於 2 月 3 日接受子宮頸切片檢查結果為陰性，2 月 10 日再接受子宮頸錐狀切片檢查結果為 CIS，且手術邊緣無腫瘤細胞殘留。
00	乳癌個案手術前未接受任何切片檢查，於 6 月 1 日先做冰凍切片結果為惡性，所以繼續接受 partial mastectomy 手術。

編碼	案例
00	個案因下背疼痛，接受 laminectomy，病理組織證實為轉移性癌症。
01	疑似大腸有廣泛性擴散的個案，進行肝轉移組織之細針切片檢查，肉眼下切片處仍有殘存癌細胞。
01	個案因下背疼痛，接受腰椎骨切片及 vertebroplasty，病理組織證實為轉移性癌症。
01	個案經子宮頸切片病理報告結果為 clear cell adenocarcinoma，主責醫師診斷為原發性卵巢癌，後續接受卵巢及全子宮切除手術治療。
02	進行大腸鏡檢查時，在原發性直腸腫塊進行切片檢查，肉眼下切片處仍有殘存癌細胞。
02	個案 6 月 1 日經電腦斷層檢查確診為肺癌，於 6 月 3 日接受支氣管鏡併右上肺葉切片檢查結果為陰性，6 月 10 日再接受電腦斷層掃描指引右上肺葉切片檢查結果為肺腺癌。
02	個案經由大腸鏡併切片證實為大腸癌個案，預行手術治療，但於 exploratory procedure 時發現已 peritoneum seeding，因已無法執行根除性手術故未切除原發部位僅將傷口縫合。
02	個案 6 月 1 日經骨盆腔斷層檢查發現一顆巨大腫塊，疑似子宮頸癌直接侵犯(direct invasion)膀胱，於 6 月 3 日接受並子宮頸切片及膀胱鏡檢查及膀胱切片確診為子宮頸癌侵犯膀胱。
02	個案經胃鏡檢查執行胃切片時發現原發來自鄰近大腸，且最後證實為大腸癌直接侵犯(direct invasion)胃，但未針對大腸癌作進一步切片檢查。
02	下咽癌個案同時接受喉頭切片與食道癌切片證實為晚期下咽癌侵犯至食道。
03	剖腹探查手術時，發現胃部有病灶，並懷疑後腹膜淋巴結有轉移現象，但未做任何的切片檢查或是治療。
04	剖腹探查手術時，發現罹患胰臟癌，並侵犯到周圍組織和動脈。手術中未進行治療，僅進行繞道手術以減輕個案的症狀。
07	肺癌第 3 期個案，在住院前已經完成診斷和分期。但不知進行何種術式。
09	個案最近才被診斷出來有轉移性黑色素瘤死於急診室中，並不清楚是否有進行診斷性或分期性手術處置。
10	個案 7 月 1 日經電腦斷層檢查確診為肺癌，於 7 月 3 日接受電腦斷層掃描指引右上肺葉切片檢查結果為陰性，7 月 10 日再接受電腦斷層掃描指引肝腫瘤切片檢查結果為肺腺癌肝臟轉移。
10	個案於 4 月 1 日經腹部電腦斷層檢查疑似大腸癌併肝臟轉移，於 4 月 6 日接受肝臟超音波指引肝臟切片檢查結果為陽性，4 月 10 日再接受大腸鏡檢查併腫瘤切片檢查結果為大腸癌。
10	個案經由大腸鏡併切片證實為大腸癌，欲行手術治療，但經 exploratory procedure 時發現已 peritoneum seeding，故醫師僅針對 peritoneum 執行 biopsy 並無切除原發部位。
10	大腸癌個案經內視鏡原發切片診斷為 adenocarcinoma，接受 Partial colectomy，術中針對肝腫瘤進行冰凍切片(未切除肝腫瘤)。不論病理有無癌細胞轉移，均視為遠端部位執行診斷性處置。

編碼	案例
11	原發性大腸癌個案，進行剖腹探查，僅在懷疑肝臟轉移的病灶處作切片檢查。
14	個案罹患瀰漫性胃癌，進行食道和胃的繞道手術(esophagogastrostomy)，同時在原發部位進行切片檢查。

申報醫院診斷性及分期性手術處置

Surgical Diagnostic and Staging Procedure at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-07, 09-14

癌登欄位序號 #3.3

NAACCR Item #740

欄位敘述：

記錄在申報醫院為診斷或分期而執行的手術處置。

基本原理：

記錄在申報醫院非治療目的所用之手術處置資源。

編碼指引：

- 此欄位不包含區域淋巴結的手術處置。
- 記錄在申報醫院為診斷或分期目的而執行的手術處置。若該手術處置在個案癌症確診後進行，即使該手術處置之檢查結果為陰性，仍應在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。但若該手術處置在個案癌症確診之前進行，該手術處置之檢查結果須為陽性，方可在「診斷性及分期性手術處置日期」欄位中進行編碼。
- 若個案手術中接受腫瘤冰凍切片確診後，無針對該冰凍切片進行腫瘤切除，則可在「診斷性及分期性手術處置」進行編碼；但若後續針對該冰凍切片部位進行腫瘤切除，則不可編碼於「診斷性及分期性手術處置」欄位中。
- 若子宮體癌個案接受分期性手術(staging surgery)，醫師切除無病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)之其他部位組織時，應視為診斷或分期而執行的手術處置，需納入本欄位編碼。

  例如1：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄未描述腹膜有病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，且腹膜病理報告無癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的為確認分期(for staging)應登錄於「診斷性及分期性手術處置」，編碼為10(原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查)。

  例如2：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄描述腹膜有沾黏(adhesion)，腹膜病理報告無癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的為確認分期(for staging)應登錄於「診斷性及分期性手術處置」，編碼為10(原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查)。

  例如3：子宮體癌(C54-C55)個案經原發切片證實為endometriod adenocarcinoma，接受分期性手術(staging surgery)時，於手術記錄未描述原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(如lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，但病理報告證實有癌細胞侵犯，執行原發腫瘤外之其他組織或器官切除，如腹膜切除

(Omentectomy)，應登錄於「其他部位手術方式」。

- 若因疾病惡化或懷疑有新的轉移所執行之診斷性手術，不可編碼於此欄位。
- 原發部位及轉移部位皆執行切開性切片檢查(incisional biopsy)，則編碼為10，若二者處置方式不同時，忽略其執行方式。
- 若執行切片檢查時，確認該切片部位為原發腫瘤直接侵犯(direct invasion)，則該切片部位**視為對原發腫瘤進行切片**。
- 若執行切片檢查時，無法確認該切片部位是否為原發腫瘤直接侵犯(direct invasion)，或已確認切片部位與**原發腫瘤為不連續的腫瘤，則該切片部位應視為對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查**。
- 結內淋巴癌個案，有多顆淋巴結侵犯時，僅針對其中一顆淋巴結切片(biopsied)或切除(removed)作為診斷或分期依據，則「申報醫院診斷性及分期性手術處置」編碼為02；此狀況於「申報醫院原發部位手術方式」欄位，編碼為00。
- 若結內淋巴癌個案僅單顆淋巴結侵犯，且該顆淋巴結接受切除，則「申報醫院診斷性及分期性手術處置」編碼為00；應登錄於「申報醫院原發部位手術方式」欄位，編碼為25。
- 若僅執行診斷性區域性淋巴結的組織抽吸(aspirate)、診斷性切片(incisional/excisional biopsy，core biopsy)手術處置本欄位需編碼為00。
- 刷拭(brushings)、沖洗(washings)、細胞抽吸(aspiration)、血液學檢查(周邊血液抹片檢查)等細胞學檢查呈陽性，需記錄在「癌症確診方式」欄位。上述細胞學檢查並非手術處置，因此勿編碼於「申報醫院診斷性及分期性手術處置」欄位。
- 在進行切除性切片(excisional biopsies)檢查時，如手術邊緣在肉眼觀察下已切除乾淨，無論顯微鏡下是否仍有殘存癌細胞，則此手術不應該在本欄位中編碼，應該在「原發部位手術方式」進行編碼。(註：incision和excision不同：incision為切入之意，指將腫瘤切入並取部分檢體化驗以確定診斷；而excision為切除之意，指將腫瘤全部切除，其手術邊緣和腫瘤之間切除乾淨。)
- 接受緩和性外科手術勿在本欄位進行編碼，應在「申報醫院緩和照護」欄位編碼。

編碼	定義
00	未進行診斷性或分期性的手術處置。
01	對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)，未進行探查式處置(exploratory procedure)。
02	對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
03	僅進行手術探查，但在過程中未進行切片檢查或治療。
04	進行外科繞道手術(bypass)，但在過程中未進行切片檢查。

編碼	定義
05	進行探查式處置(exploratory procedure)，對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
06	進行外科繞道手術(bypass)，對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括incisional、needle或aspiration等方式)
07	進行診斷性或/及分期性的手術處置，但方式不詳。
09	不清楚是否有進行診斷性或分期性的手術處置。
10	對於原發腫瘤及原發腫瘤以外的部位皆進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
11	進行探查式處置(exploratory procedure)，對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
12	進行探查式處置(exploratory procedure)，對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
13	進行外科繞道手術(bypass)，對原發腫瘤以外的部位進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。
14	進行外科繞道手術(bypass)，對於原發腫瘤進行切片檢查(包括 incisional、needle 或 aspiration 等方式)。

臨床 T

Clinical T

欄位長度：4

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.4

NAACCR Item #940

欄位敘述：

指原發腫瘤大小或侵犯程度。

收錄目的：

作為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以臨床主責醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 對肺癌而言，occult carcinoma是以TX來編碼。(註：所謂的occult carcinoma是指進行痰液細胞學檢查時，有發現癌細胞，但在其他檢查卻沒有發現有明顯的腫瘤。)
- 編碼8888僅適用於AJCC schema未定義的T-code/M-code。若臨床期別組合使用Lugano Classification、International Staging System (ISS)，則編碼8888。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義	編碼	定義
X	TX	2	T2
0	T0	2A	T2a
A	Ta	2A1	T2a1
IS	Tis	2A2	T2a2
ISU	Tispu	2B	T2b
ISD	Tispd	2C	T2c
ISDC	Tis(DCIS)	2D	T2d
ISPA	Tis(Paget)	3	T3
1M	T1mi / T1mic	3A	T3a
1	T1	3B	T3b
1A	T1a	3C	T3c
1A1	T1a1	3D	T3d
1A2	T1a2	3E	T3e
1B	T1b	4	T4
1B1	T1b1	4A	T4a
1B2	T1b2	4B	T4b
1B3	T1b3	4C	T4c
1C	T1c	4D	T4d
1C1	T1c1	4E	T4e
1C2	T1c2	8888	不適用
1C3	T1c3	9999	醫師未記錄
1D	T1d		

臨床 N

Clinical N

欄位長度：3

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.5

NAACCR Item #950

欄位敘述：

指是否有區域淋巴結的轉移和轉移的範圍。

收錄目的：

作為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以臨床主責醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 編碼888僅適用於AJCC schema未定義的T-code/M-code。若臨床期別組合使用Lugano Classification、International Staging System (ISS)，則編碼888。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義
X	NX
0	N0
0A	N0a
0B	N0b//N0(i+)
1M	N1mi
1	N1
1A	N1a
1B	N1b
1C	N1c
2	N2
2M	N2mi
2A	N2a
2B	N2b
2C	N2c
3	N3
3A	N3a
3B	N3b
3C	N3c
888	不適用
999	醫師未記錄

臨床 M

Clinical M

欄位長度：3

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.6

NAACCR Item #960

欄位敘述：

指是否有遠端轉移。

收錄目的：

作為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以臨床主責醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 編碼888僅適用於AJCC schema未定義的T-code/M-code。若臨床期別組合使用Lugano Classification、International Staging System (ISS)，則編碼888。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義
X(僅適用 AJCC 第六版個案)	MX(僅適用 AJCC 第六版個案)
B(僅適用 AJCC 第七、八版個案)	Mb(僅適用 AJCC 第七、八版個案)
0	M0
0B	M0(i+)
1	M1
1A	M1a
1A0	M1a(0)
1A1	M1a(1)
1B	M1b
1B0	M1b(0)
1B1	M1b(1)
1C	M1c
1C0	M1c(0)
1C1	M1c(1)
1D	M1d
1D0	M1d(0)
1D1	M1d(1)
1E(僅適用於 AJCC 第七版個案)	M1e
888	不適用
999	醫師未記錄

臨床期別組合

Clinical Stage Group

欄位長度：3

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.7

NAACCR Item #970

欄位敘述：

基於臨床 T、N 和 M 來決定疾病於解剖部位上的侵犯程度。

收錄目的：

TNM 分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以臨床主責醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的臨床分期有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 把所有的羅馬字母轉換成阿拉伯數字並且只使用大寫字母。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。
- 2010年1月1日起，Ann Arbor Staging System及International Staging System (ISS)之期別需摘錄於臨床期別組合，臨床TNM應編碼為T8888N888M888。
- 2018年1月1日起，Lugano Classification Modification of the Ann Arbor Staging System，此期別需摘錄於臨床期別組合，臨床TNM應編碼為T8888N888M888。
- 2018年1月1日起，Rai System之期別需摘錄於臨床期別組合，臨床TNM應編碼為T8888N888M888。

編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2E	Stage IIE
0A	Stage 0A	2BU	Stage 2 bulky
0IS	Stage 0is	3	Stage III
1	Stage I	3A	Stage IIIA
1A	Stage IA	3A1	Stage IIIA1
1A1	Stage IA1	3A2	Stage IIIA2
1A2	Stage IA2	3B	Stage IIIB
1A3	Stage IA3	3C	Stage IIIC
1B	Stage IB	3C1	Stage IIIC1
1B1	Stage IB1	3C2	Stage IIIC2
1B2	Stage IB2	4	Stage IV
1B3	Stage IB3	4A	Stage IVA
1C	Stage IC	4A1	Stage IVA1
1E	Stage IE	4A2	Stage IVA2
1S	Stage IS	4B	Stage IVB
2	Stage II	4C	Stage IVC
2A	Stage IIA	OC	Occult cancer
2A1	Stage IIA1	888	不適用
2A2	Stage IIA2	999	不清楚或醫師未記錄
2B	Stage IIB	BBB	(僅適用 AJCC 第七、八版個案)
2C	Stage IIC		

臨床分期字根/字首

Clinical Stage (Prefix/Suffix) Descriptor

欄位長度：1

編碼範圍：0,3,9

癌登欄位序號 #3.8

NAACCR Item #980

欄位敘述：

指 AJCC 臨床分期字根/字首的描述符號。

收錄目的：

是為了辨別出特殊的個案，而這些特殊的個案在全國統計資料中，需分別統計。這些字根或字首僅是附加在原來的分期中，並不會因此而改變分期。

編碼指引：

- 記錄在病歷上所寫有關於AJCC臨床分期字根和字首的描述方式。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 淋巴癌個案不適用編碼3。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	標示	描述
0	無。	無 AJCC 臨床分期字根或字首之描述。
3	M-同一原發部位有多顆腫瘤。	診斷時同一原發部位有多顆腫瘤。
9	不詳；病歷上未記載。	分期有字根或字首之描述，但不知何者正確。

範例：

編碼	案例
3	乳癌個案，於左側乳房上內方及下內方同時發現各有一顆腫瘤。

病理 T

Pathologic T

欄位長度：4

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.10

NAACCR Item #880

欄位敘述：

指原發腫瘤大小或侵犯程度。

收錄目的：

作為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以病理醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 對肺癌而言，occult carcinoma是以TX來編碼。(註：所謂的occult carcinoma是指進行痰液細胞學檢查時，有發現癌細胞，但在其他檢查卻沒有發現有明顯的腫瘤。)
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義	編碼	定義
X	TX	2	T2
0	T0	2A	T2a
A	Ta	2A1	T2a1
IS	Tis	2A2	T2a2
ISU	Tispu	2B	T2b
ISD	Tispd	2C	T2c
ISDC	Tis(DCIS)	2D	T2d
ISPA	Tis(Paget)	3	T3
1M	T1mi / T1mic	3A	T3a
1	T1	3B	T3b

編碼	定義	編碼	定義
1A	T1a	1D	T1d
1A1	T1a1	3C	T3c
1A2	T1a2	3D	T3d
1B	T1b	4	T4
1B1	T1b1	4A	T4a
1B2	T1b2	4B	T4b
1B3	T1b3	4C	T4c
1C	T1c	4D	T4d
1C1	T1c1	4E	T4e
1C2	T1c2	8888	不適用
1C3	T1c3	9999	醫師未記錄

病理 N Pathologic N	欄位長度：3 向左靠，後面留空白 癌登欄位序號 #3.11 NAACCR Item #890

欄位敘述：

指是否有區域淋巴結的轉移和轉移的範圍。

收錄目的：

作為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以病理醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義	編碼	定義
X	NX	1M	N1mi
0	N0	2M	N2mi
0A	N0(i-)(僅適用於 AJCC 第七版)	2	N2
0A	N0a	2A	N2a
0B	N0(i+)	2B	N2b
0C	N0(mol-)(僅適用於 AJCC 第七版)	2C	N2c
0D	N0(mol+)	3	N3
1	N1	3A	N3a
1A	N1a	3B	N3b
1AS	N1a(sn)	3C	N3c
1B	N1b	888	不適用
1C	N1c	999	醫師未記錄

病理 M

Pathologic M

欄位長度：3

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.12

NAACCR Item #900

欄位敘述：

指是否有遠端轉移。

收錄目的：

做為 TNM 分期依據資料，該分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以病理醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述時，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 除非病理學上證實有癌症轉移(microscopic positive)，否則本欄位應視為pMB(Blank)。

  注意：未手術或手術前經由臨床或影像判定之癌症轉移，應在「臨床M」編碼。
- 在手術中或術後才發現遠端部位的轉移且未有病理切片證實者，為能呈現個案為非經病理證實之轉移情況，應以C/CA/CB/CC編碼之。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義
X(僅適用 AJCC 第六版個案)	MX(僅適用 AJCC 第六版個案)
0(僅適用 AJCC 第六版個案)	M0(僅適用 AJCC 第六版個案)
B(僅適用 AJCC 第七、八版個案)	pM 不可編碼 X 或 0，應編為 B。 (僅適用 AJCC 第七、八版個案)
1	M1
1A	M1a
1A0	M1a(0)
1A1	M1a(1)

編碼	定義
1B	M1b
1B0	M1b(0)
1B1	M1b(1)
1C	M1c
1C0	M1c(0)
1C1	M1c(1)
1D	M1d
1D0	M1d(0)
1D1	M1d(1)
1E(僅適用於 AJCC 第七版個案)	M1e
C	M1(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1)
CA	M1a(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1a)
CA0	M1a(0)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1a(0)〕
CA1	M1a(1)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1a(1)〕
CB	M1b(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1b)
CB0	M1b(0)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1b(0)〕
CB1	M1b(1)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1b(1)〕
CC	M1c(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1c)
CC0	M1c(0)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1c(0)〕
CC1	M1c(1)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1c(1)〕
CD	M1d(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1d)
CD0	M1d(0)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1d(0)〕
CD1	M1d(1)〔手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1d(1)〕
CE	M1e(手術中或手術後發現但未有病理證實的 M1e)
888	不適用
999	醫師未記錄

病理期別組合

Pathologic Stage Group

欄位長度：3

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #3.13

NAACCR Item #910

欄位敘述：

基於病理 T、N 和 M 來決定疾病於解剖上的侵犯程度。

收錄目的：

TNM 分期系統可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 腫瘤分期判斷以病理醫師為主，其次為其他科別的醫師，若醫師皆未描述，則癌症登記人員請依病歷所提供的資訊自行判斷。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的臨床分期有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 若「病理M」記錄為B，且「臨床M」記錄為0、1、1A、1B或1C時，則pT、pN和cM的組合可用來代表病理期別組合。
- AJCC第八版的病理分期若需要分級/分化作為判定，但無病理的分級/分化時，則可藉由臨床評估階段之分級/分化作為病理期別的判斷依據。
- 若個案手術前有接受全身性治療/放射治療，病理期別仍可評估，且「病理分期的字根/字首」欄位應編碼為4。
- 詳細的編碼規則，2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，請參考AJCC第六版癌症分期手冊(cancer staging manual)；2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案則請參考AJCC第七版癌症分期手冊(cancer staging manual)。2018年1月1日以後診斷為癌症之個案則請參考AJCC第八版癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	3	Stage III
0A	Stage 0A	3A	Stage IIIA
0IS	Stage 0is	3A1	Stage IIIA1
1	Stage I	3A2	Stage IIIA2
1A	Stage IA	3B	Stage IIIB
1A1	Stage IA1	3C	Stage IIIC
1A2	Stage IA2	3C1	Stage IIIC1
1A3	Stage IA3	3C2	Stage IIIC2
1B	Stage IB	3D	Stage IIID
1B1	Stage IB1	4	Stage IV
1B2	Stage IB2	4A	Stage IVA
1B3	Stage IB3	4A1	Stage IVA1
1C	Stage IC	4A2	Stage IVA2
1S	Stage IS	4B	Stage IVB
2	Stage II	4C	Stage IVC
2A	Stage IIA	OC	Occult cancer
2A1	Stage IIA1	888	不適用
2A2	Stage IIA2	999	不清楚或醫師未記錄
2B	Stage IIB	BBB	(僅適用 AJCC 第七、八版個案)
2C	Stage IIC		

病理分期字根/字首

Pathologic Stage (Prefix/Suffix) Descriptor

欄位長度：1

編碼範圍：0,3-4,6,9

癌登欄位序號 #3.14

NAACCR Item #920

欄位敘述：

指 AJCC 病理分期字根/字首的描述符號。

收錄目的：

是為了辨別出特殊的個案，而這些特殊個案在全國統計資料中，需分別統計。這些字根或是字首僅是附加在原來的分期中，並不會因此而改變分期。

編碼指引：

- 記錄在病歷上所寫有關於AJCC病理分期字根和字首的描述方式。
- 若醫師與癌症登記人員所判斷的結果有出入時，需藉由討論來達成共識。
- 淋巴癌個案不適用編碼3、4、6。
- 若個案手術前有接受全身性治療/放射治療，病理期別仍可評估，且本欄位應編碼為4。
- 若肝癌個案手術前有接受TACE(Transcatheter Hepatic Arterial Chemoembolization)，病理期別仍可評估，且本欄位應編碼為4。
- 詳細的編碼規則，請參考AJCC癌症分期手冊(cancer staging manual)。

編碼	標示	描述
0	無。	無 AJCC 病理分期字根或字首之描述。
3	M-同一原發部位有多顆腫瘤。	診斷時同一原發部位有多顆腫瘤。
4	Y-首次治療期間或治療後進行的病理分期	本編碼不適用於臨床分期。
6	M&Y-多原發腫瘤併首次治療期間進行之病理分期。	符合編碼 3 及編碼 4。
9	不詳；病歷上未記載。	分期有字根或字首之描述，但不知何者正確。

AJCC 癌症分期版本與章節

The Edition and Chapter of AJCC Cancer Staging

欄位長度：5

癌登欄位序號 #3.16

欄位敘述：

記錄判定個案癌症期別所使用之 AJCC 癌症分期手冊的版本與章節。

收錄目的：

AJCC 分期及 T、N、M 組成之編碼及規則會隨時間演進而改變，以利個案分析之用。

編碼指引：

- 本欄位左起第1-2碼摘錄AJCC癌症分期手冊版本，第3-5碼摘錄第八版各章節。
- 2003年1月1日至2009年12月31日之間診斷為癌症之個案，以AJCC第六版作為分期依據。
- 2010年1月1日至2017年12月31日之間診斷為癌症之個案，以AJCC第七版作為分期依據。
- 2018年1月1日以後診斷為癌症之個案，以AJCC第八版作為分期依據。
- 2018 年 1 月 1 日起新診斷為癌症之個案，需收錄 AJCC 第八版之各章節作為分期依據。
- 2021 年 1 月 1 日起新診斷為子宮頸癌之個案，以 AJCC 第九版 (Cervix Uteri Version 9) 作為分期依據。
- 分期版本為第一版至第七版無需收錄該版本的各章節，故章節應編碼為 888。
- 若分期採用第八版，但章節不詳，應編碼為 08999。
- 為利爾後各醫院癌症期別資料的分析與應用，除個案不適用AJCC分期外，申報長表癌症應依新版AJCC分期規則填寫臨床期別；若個案接受手術治療，皆應申報AJCC病理分期；俾利後續資料能與國際比較。

編碼	標示
00000	未判定期別(個案癌症有可判斷分期的參考資料，但未予以判定期別)。
01888	第一版。
02888	第二版。
03888	第三版。
04888	第四版。
05888	第五版。
06888	第六版。
07888	第七版。
08006	第八版第 6 章。

編碼	標示
08…..	請依據 AJCC 分期第八版之章節填寫。
08083	第八版第 83 章。
08999	第八版，但章節不詳。
V9052	第九版子宮頸癌章節。(V9: version 9 並借用第八版 52 章節來編碼)
88888	不適用(個案無適用之 AJCC 分期)。
99999	有判定期別，但版本與章節皆不詳。

其他分期系統

Other Staging System

欄位長度：2

編碼範圍：00-02, 06-07, 09, 11-13

癌登欄位序號 # 3.17

欄位敘述：

若非 AJCC 癌症分期系統，可選擇下列其他分期系統摘錄。

收錄目的：

對癌症進行分期，有利於治療計畫、預後評估及存活分析。

編碼指引：

填寫 AJCC 分期以外之癌症分期系統，適用範圍如下：

- 編碼01(FIGO)為婦癌的分期系統。
- 編碼02(MAC)為結直腸癌的分期系統。
- 編碼06 Barcelona Clinic Liver Cancer Staging System (BCLC)為肝癌的分期系統。
- 編碼07 Small Cell Lung Cancer Classification為肺小細胞癌的分期系統。
- 編碼09 Durie-Salmon Staging System (DSS)為多發性骨髓瘤(multiple myeloma)的分期系統。
- 編碼11 DRE (Digital rectal examination) Clinical T category 攝護腺癌的分期系統。
- 編碼12 Breast Cancer AJCC Prognostic Stage 乳癌的預後分期系統。
- 編碼13 Binet Staging System為CLL(chronic lymphocytic leukemia)白血病的分期系統。

編碼	定義
00	無其他分期系統。
01	FIGO
02	MAC stage
06	BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer Staging System)
07	Small Cell Lung Cancer Classification
09	Durie-Salmon Staging System (DSS)
11	DRE (Digital rectal examination) Clinical T category
12	Breast Cancer Prognostic Stage
13	Binet Staging System for Chronic Lymphocytic Leukemia

其他分期系統期別(臨床) 欄位長度：4

Clinical Other Staging Group

癌登欄位序號 #3.19

欄位敘述：

依所選擇「其他分期系統」之分類標準予以編碼。

收錄目的：

瞭解使用之其他分期系統，並可用以評估癌症治療及控制的趨勢。醫師則用以進行預後的推估、治療的規劃、新療法的評估、結果的分析、追蹤的策劃和早期偵測結果的評定。

編碼指引：

- 若無使用其他分期系統，編碼為0000。
- 因FIGO 2009年版已不含零期(原位癌)，故2010年1月1日(含)以後新診斷子宮頸原位癌個案之其它分期系統(臨床)，應編碼為8888。
- FIGO臨床期別為子宮頸癌個案必填欄位。若子宮頸癌其他分期系統期別(臨床)不詳，則編碼為9999。

  注意:子宮頸癌FIGO分期為臨床期別，若個案非因子宮頸癌接受子宮切除手術(hysterectomy)，於術後才確診子宮頸癌者，其他分期系統期別(臨床)應編碼為8888(不適用)。
- 2010年1月1日(含)以後新診斷肝癌個案，BCLC期別為肝癌個案必填欄位。若肝癌其他分期系統期別(臨床)不詳，則編碼為9999。
- 2016年1月1日(含)新診斷攝護腺癌個案，DRE (Digital rectal examination) Clinical T category為攝護腺癌個案必填欄位。因肛門指檢(DRE)為攝護腺癌診斷的標準方式，若個案因無肛門、術後確診或其他因素無法執行DRE，則編碼X；未執行或無法確定有無執行DRE者，則編碼為8888；若有執行DRE但病歷未記錄DRE Clinical T category者，則編碼為9999。
- Breast Cancer Prognostic Stage為AJCC第八版新增之分期系統，可分為臨床預後分期和病理預後分期；和預後分期相關的TNM及ER/PR/HER2/Grade組合請參照AJCC第八版內容。
- FIGO 2018年版新增IIIC期別為淋巴結侵犯且需依檢查證實方式記錄r(imaging)與p(pathology)；r(imaging)應參考影像報告，p(pathology)可參考淋巴結切片或切除病理報告。依據r(imaging)或p(pathology)證實方式，參考編碼欄位之內容摘錄；若同時有影像與淋巴結切片/切除病理結果證實者，則優先編碼為 IIIC1P 或 IIIC2P。
- 2022年1月1日(含)以後新診斷卵巢癌個案，若手術前先執行前導性治療，請摘錄臨床FIGO期別；而術後病理FIGO期別則摘錄於其他分期系統期別(病理)。
- 依下列各分期系統之分期標準予以編碼。

子宮頸癌FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3B	Stage IIIB	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3C	Stage IIIC	8888	不適用
1A2	Stage IA2	2B	Stage IIB	3CR	Stage IIICr	9999	不詳
1B	Stage IB	2C	Stage IIC	3CP	Stage IIICp		
1B1	Stage IB1			3C1R	Stage IIIC1r		
1B2	Stage IB2			3C1P	Stage IIIC1p		
1B3	Stage IB3			3C2R	Stage IIIC2r		
1C	Stage IC			3C2P	Stage IIIC2p		

卵巢癌 FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3A1	Stage IIIA1	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3A11	Stage IIIA1(i)	8888	不適用 • 原位癌
1A2	Stage IA2	2B	Stage IIB	3A12	Stage IIIA1(ii)		
1B	Stage IB	2C	Stage IIC	3A2	Stage IIIA2		
1B1	Stage IB1			3B	Stage IIIB		
1B2	Stage IB2			3C	Stage IIIC		
1C	Stage IC			3C1	Stage IIIC1		
1C1	Stage IC1			3C2	Stage IIIC2		
1C2	Stage IC2						
1C3	Stage IC3						

Barcelona-Clinic Liver Cancer Staging System (BCLC)

編碼	定義
0	Stage 0
A	Stage A
B	Stage B
C	Stage C
D	Stage D
9999	不詳

Small Cell Lung Cancer Classification

編碼	定義
L	Limited stage disease : Confined to one hemithorax and the regional lymph nodes (including mediastinal, ipsilateral pleural effusion, ipsilateral or contralateral supraclavicular nodes)
E	Extensive stage disease: Any extent of disease beyond limited stage (including lymph nodes, brain, liver, bone marrow, and intra-abdominal and soft tissue metastasis).

Durie-Salmon Staging System (DSS) for Multiple Myeloma

編碼	定義
1	Stage I with All of the following: • Hb > 10 g/dL • Serum calcium normal < 12 mg/dL • Bone x-ray: normal bone structure or solitary bone plasmacytoma only • Low M-component production rate IgG value < 5g/dL IgA value < 3 g/dL Bence Jones protein < 4 g/24 h
2	Stage II: Neither stage l nor stage lll
3	Stage III with one or more of the following: • Hb < 8.5 g/dL • Serum calcium > 12 mg/dL • Advanced lytic bone lesions • High M-component production rate IgG value > 7 g/dL IgA value > 5 g/dL Bence Jones protein > 12 g/24 h
Subclassification Criteria : A：Normal renal function (Serum Cre level < 2.0 mg/dL) (< 177 umol/L) B：Abnormal renal function (Serum Cre level ≧2.0 mg/dL) (≧ 177 umol/L)	

DRE (Digital rectal examination) Clinical T category

編碼	定義
X	TX(無肛、術後確診或其他因素無法執行 DRE)
0	T0
1	T1
1A	T1a
1B	T1b
1C	T1c
2	T2
2A	T2a
2B	T2b
2C	T2c
3	T3

編碼	定義
3A	T3a
3B	T3b
4	T4
8888	未執行或無法確定有無執行 DRE
9999	有執行 DRE 但病歷未記錄

Breast Cancer Clinical Prognostic Stage

編碼	定義
0	Stage 0
1A	Stage IA
1B	Stage IB
2A	Stage IIA
2B	Stage IIB
3A	Stage IIIA
3B	Stage IIIB
3C	Stage IIIC
4	Stage IV
8888	不適用 • 術後確診
9999	不詳

Binet Staging System for Chronic Lymphocytic Leukemia

編碼	定義
A	Stage A： Hemoglobin≧10g/dL and Plateles≧100,000/mm^3 and< 3 enlarged area.
B	Stage B： Hemoglobin≧10g/dL and Plateles≧100,000/mm^3 and≧3 enlarged area.
C	Stage C： Hemoglobin<10g/dL and/or Plateles<100,000/mm^3 and any number of enlarged areas.

其他分期系統期別(病理) 欄位長度：4

Pathologic Other Staging Group

癌登欄位序號 #3.21

欄位敘述：

依所選擇「其他分期系統」之分類標準予以編碼。

編碼指引：

- 若無使用其他分期系統，編碼為0000。
- FIGO分期應用在子宮體癌及卵巢癌屬於**病理分期**。

  注意1：因FIGO 2014年版已不含零期(原位癌)，故子宮體及卵巢原位癌個案，其它分期系統(病理)應編碼為8888。

  注意2：2022年1月1日(含)以後新診斷卵巢癌個案，若手術前先執行前導性治療，請摘錄臨床FIGO期別；而術後病理FIGO期別則摘錄於其他分期系統期別(病理)。
- MAC分期屬於結直腸癌**病理分期**。
- Breast Cancer Prognostic Stage為AJCC第八版新增之分期系統，可分為臨床預後分期和病理預後分期；和預後分期相關的TNM及ER/PR/HER2/Grade組合請參照AJCC第八版內容。另此預後分期不採用Oncotype Dx Score數據去判斷，即不採納AJCC第八版第632頁「Genomic profile for Pathologic Prognostic Staging」。
- 依下列各分期系統之分期標準予以編碼。

FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3A1	Stage IIIA1	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3A11	Stage IIIA1(i)	8888	不適用 • 原位癌
1A2	Stage IA2	2B	Stage IIB	3A12	Stage IIIA1(ii)		
1B	Stage IB	2C	Stage IIC	3A2	Stage IIIA2		
1B1	Stage IB1			3B	Stage IIIB		
1B2	Stage IB2			3C	Stage IIIC		
1C	Stage IC			3C1	Stage IIIC1		
1C1	Stage IC1			3C2	Stage IIIC2		

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
1C2	Stage IC2						
1C3	Stage IC3						

MAC

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
A	Stage A	B1	Stage B1	C1	Stage C1	D	Stage D
		B2	Stage B2	C2	Stage C2		
		B3	Stage B3	C3	Stage C3		

Breast Cancer Pathological Prognostic Stage (不採用 Oncotype Dx Score 數據)

編碼	定義
0	Stage 0
1A	Stage IA
1B	Stage IB
2A	Stage IIA
2B	Stage IIB
3A	Stage IIIA
3B	Stage IIIB
3C	Stage IIIC
4	Stage IV
8888	不適用 • 前導性治療後再行手術的個案
9999	不詳

首次療程

首次療程開始日期 欄位長度：8

Date of First Course of Treatment

癌登欄位序號 #4.1

NAACCR Item #1270

欄位敘述：

記錄個案在任何醫療機構，開始首次療程(包括手術、放射治療、全身性治療、局部藥物治療、其他治療)的日期。

收錄目的：

評估診斷和開始治療間是否有延遲的情況，亦可當做存活分析的開始計算點。若是未進行任何治療，則無法記錄欄位日期，亦無法計算存活分析。因此，提供醫師決定不進行治療或個案、個案家屬與監護者拒絕治療的日期資訊是很重要的。

編碼指引：

- 記錄下列治療中，最早執行的日期：「首次手術日期」、「放射治療開始日期」、「全身性治療開始日期」、**局部**藥物治療開始日期及「其他治療開始日期」。
- 若選擇積極監測或予以密切觀察(Active surveillance or watchful waiting)，則摘錄決定予以積極監測或密切觀察之日期為首次療程開始日期。

  例如：若攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)，後續醫生選擇積極監測(Active surveillance)或予以密切觀察(Watchful waiting)，則「首次療程開始日期」應摘錄積極監測或密切觀察的日期
- 拒絕申報醫院所建議治療之個案，此欄位應摘錄拒絕治療的日期。
- 未接受申報醫院所建議治療之個案，失聯與否或未看到明確拒絕紀錄者，此欄位應摘錄建議治療的日期。
- 若個案在治療前即死亡或病危出院，則此欄位摘錄其死亡或病危出院的日期。
- 若病歷上未記錄任何治療計畫或治療日期，並經詢問主責醫師仍無法得到確切答案後，編碼99999999。
- 若個案**僅**接受非腫瘤切除之緩和性手術、疼痛控制(pain control)、支持療法(supportive care)或轉介安寧照護，此欄位應編碼00000000。
- 若個案僅接受其他治療，則其他治療開始日期也應登錄首次療程開始日期。
- 若個案先接受其他治療，再接受積極性治療(手術、放療或全身性治療)，則首次療程開始日期應登錄其他治療開始日期，而再接受的積極性治療仍應登錄於相關欄位。

編碼	定義
CCYYMMDD	• 記錄個案在任何醫療機構內開始首次治療療程(包括手術、放射治療、全身性治療、局部藥物治療、其他治療的日期)。 • 記錄積極監測或予以密切觀察(Active surveillance or watchful waiting)，則記錄決定予以密切觀察之日期為首次療程開始日期。 • 記錄經討論後決定不治療的日期。 • 若個案在治療計畫擬定前即死亡或病危出院，則此欄位記錄其死亡日期或病危出院日期。
00000000	• 個案於屍體解剖時才診斷為癌症。 • 未曾接受治療。 • 僅接受非手術、放射、局部化學治療或全身性治療的緩和照護或支持療法。
99999999	• 不知道個案是否有接受任何治療。 • 個案有接受治療，但是接受治療的日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20040214	若個案在民國 93 年 2 月 12 日因為懷疑有乳癌，於門診接受 incisional biopsy、core biopsy 或 fine needle biopsy。確診後在民國 93 年 2 月 14 日進行乳房 excisional biopsy 或 radical surgical procedure。則此欄位要以民國 93 年 2 月 14 日當作首次治療療程的日期來進行編碼。注意：不要把 incisional、core 或 fine needle biopsy 的日期當成是首次療程的日期編碼。
20030811	個案於民國 92 年 8 月 11 日，接受 excisional biopsy。之後個案於民國 92 年 9 月 18 日住院接受廣泛性切除手術(radical surgical procedure)。則把民國 92 年 8 月 11 日當成是首次療程的日期編碼。
20050421	個案在民國 94 年 4 月 21 日開始接受手術前放射治療，之後在民國 94 年 6 月 2 日接受手術治療。則把民國 94 年 4 月 21 日開始接受手術前放射治療的日期當成是首次療程的日期編碼。
20030199	個案於申報醫院診斷為癌症，但是在民國 92 年 1 月在外院接受放射治療，又在民國 92 年 2 月 2 日回到申報醫院內接受手術治療。則把民國 92 年 1 月開始接受手術前放射治療的日期當成是首次療程的日期編碼。由於只知道「年」和「月」，但不知道更確切的日期，所以「日」編碼為 99。
20050999	假如不確定正確的首次治療療程的日期，則記錄一個大概的日期，比如說民國 94 年 9 月。由於只知道年份和月份，但是不知道更確切的日期，所以在日期方面則編碼為 99，年份編碼為 2005，月份編碼為 09。

編碼	案例
20080105	個案於外院診斷為肝癌，民國 97 年 1 月 5 日於外院接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)，並於民國 97 年 1 月 20 日在申報醫院開始接受全身性化學治療。
00000000	個案於申報醫院診斷為攝護腺癌併骨頭轉移，僅於民國 99 年 1 月 5 日接受 morphine 之藥物以緩解疼痛。
20090125	個案在民國 98 年 1 月 10 日對左側頸部淋巴做切片檢查，證實為鼻咽癌頸部轉移，並於民國 98 年 1 月 25 日開始做放射線治療鼻咽癌。
00000000	食道癌個案因食道阻塞嚴重無法切除原發部位，僅於 99 年 3 月 18 號做胃造口，以支持療法維持生命。
20110317	一位 Polycythemia vera(PV)的個案於民國 100 年 3 月 17 號接受放血治療，並於 5 月 10 日接受口服化學治療。
20160520	個案年紀 80 歲因 BPH 接受 TURP 後確診為攝護腺癌(術式編碼 22)，同時伴有下背痛因此接受骨骼描述發現有骨轉移，醫師於民國 105 年 5 月 20 日治療規劃為 watchful waiting，後續病患於外院接受定期追蹤。

首次手術日期 欄位長度：8

Date of First Surgical Procedure

癌登欄位序號 #4.1.1

NAACCR Item #1200

欄位敘述：

記錄在任何醫療機構，最早針對癌症進行手術的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄在申報醫院或外院首次進行手術相關欄位的最早日期，這些手術相關欄位的日期，包括：「原發部位手術方式」、「區域淋巴結手術範圍」或「其他部位手術方式」等執行手術的日期。

  例外 1：「區域淋巴結手術範圍」欄位編碼為 1，其區域淋巴結手術日期不可編碼於「首次手術日期」欄位。

  例外 2：若攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)，「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」應編碼為 00000000；但必須於「原發部位手術方式」摘錄術式。

  注意：若個案因 BPH 接受 TURP 後確診為攝護腺癌，後續接受 HIFU 治療；則「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」應編碼執行 HIFU 的日期，且「原發部位手術方式」編碼為 27。

  例外 3：若個案僅執行哨兵淋巴結取樣(sentinel lymph node sampling；SLNB)或哨兵淋巴結取樣合併區域淋巴結手術，所執行之哨兵淋巴結取樣日期皆不可編碼於「首次手術日期」欄位。

  例外 4：若膀胱癌個案執行 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 時，視為診斷性處置，其日期不可編碼於「首次手術日期」欄位。

- 若個案僅接受一次手術，且此項手術為切除原發腫瘤，則本欄位資料可能和「原發部位最確切的手術切除日期」所記錄的日期一樣。
- 若個案僅接受手術治療，則手術必然是首次且唯一的治療。因此，本欄位資料與「首次療程開始日期」欄位資料是一致的。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在任何醫療機構內開始首次手術治療的日期。
00000000	• 沒有進行任何手術。 • 於屍體解剖時才診斷為癌症。
99999999	• 不知道個案是否有接受手術治療。 • 個案有接受手術治療，但是接受手術治療的日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20090215	乳癌個案在民國 98 年 2 月 15 日做 lumpectomy 確診後，於民國 98 年 2 月 25 日執行 Total mastectomy 切除左側乳房。
20090420	個案在民國 98 年 4 月 15 日接受子宮內膜切片檢查，病理報告確診為子宮內膜癌後，於民國 98 年 4 月 20 日接受 ATH 手術並切除兩側輸卵管及卵巢。
00000000	個案年紀 80 歲因 BPH 接受 TURP 後確診為攝護腺癌(術式編碼 22)，同時伴有下背痛因此接受骨骼描述發現有骨轉移，醫師於民國 105 年 5 月 20 日治療規劃為 watchful waiting，後續病患於外院接受定期追蹤。

原發部位最確切的手術切除日期 欄位長度：8

Date of Most Definite Surgical Resection of the Primary Site

癌登欄位序號 #4.1.2

NAACCR Item #3170

欄位敘述：

記錄在任何醫療機構的首次療程中，針對原發部位腫瘤執行最確切手術切除的日期。

收錄目的：

用來測量癌症確診日期和對原發部位腫瘤所執行最確切手術治療日期之間隔時間，亦可用於評估治療效果。

編碼指引：

- 記錄在申報醫院或外院進行「原發部位手術方式」的日期。

  例外1：若攝護腺癌個案僅接受TURP，「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」應編碼為00000000；但必須於「原發部位手術方式」摘錄術式。

  例外 2：若膀胱癌個案執行 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 時，視為診斷性處置，其日期不可編碼於「原發部位最確切手術日期」欄位。

- 若「原發部位手術方式」欄位編碼為00或98，則本欄位須編碼為00000000。
- 若「原發部位手術方式」欄位編碼為99，則本欄位須編碼為99999999。
- 若個案僅接受一次手術，且此項手術為切除原發腫瘤，則本欄位與「首次手術日期」欄位資料是一致的。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在任何醫療機構內對原發部位腫瘤所執行最確切的手術切除日期。
00000000	• 沒有進行任何手術。 • 於屍體解剖時才診斷為癌症。
99999999	• 不知道個案是否有接受手術治療。 • 個案有接受手術治療，但是接受手術治療的日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20031215	個案在民國 92 年 12 月 15 日對原發部位腫瘤執行最確切的手術。
20100225	乳癌個案在民國 99 年 2 月 15 日做 lumpectomy 確診後，於民國 99 年 2 月 25 日執行 Total mastectomy。
20080120	個案於外院診斷為肝癌，民國 97 年 1 月 5 日於外院接受局部肝動脈栓塞治療(TAE)，並於民國 97 年 1 月 20 日在申報醫院接受肝右葉切除術。
00000000	個案年紀 80 歲因 BPH 接受 TURP 後確診為攝護腺癌(術式編碼 22)，同時伴有下背痛因此接受骨骼描述發現有骨轉移，醫師於民國 105 年 5 月 20 日治療規劃為 watchful waiting，後續病患於外院接受定期追蹤。

外院原發部位手術方式

Surgical Procedure of Primary Site at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00, 10-80, 90, 98, 99

癌登欄位序號 #4.1.3

欄位敘述：

記錄個案於外院對原發部位所進行的外科手術方式。

收錄目的：

用來比較不同治療方式的效果。

編碼指引：

- 特定部位的編碼，請參考附錄B「特定部位手術編碼」。
- 以切除原發部位及其周邊組織/器官的最大範圍之術式編碼。
- 編碼00-79，其手術方式之描述是有層級性的(hierarchical)。列在較後面者的術式優於列在比較前面的術式(與編碼或數值大小無關)。編碼98優先於編碼00。若無法得到更多有關手術的資訊或是資訊不清楚時，則使用編碼80和90。
- 若切片手術(Excisional biopsies)已經切除所有的腫瘤，或僅在顯微鏡下才可見到手術邊緣有腫瘤細胞殘留，該手術方式應摘錄在本欄位中。
- 若手術有切除周圍組織或器官，僅有當這些周圍組織或器官與原發腫瘤是相連的話，才需要編碼在本欄位中，但附錄B所列出之周邊組織器官不在此限。
- 若先前的手術僅移除部分的原發腫瘤，之後又再進行另外一次手術移除剩下的腫瘤，則依照全部或最後的結果逕行編碼。
- 肝癌個案接受經皮肝動脈血管栓塞(Transcatheter arterial embolization; **TAE**)、酒精注射(Percutaneous ethanol injection; **PEIT**)或醋酸注射(Percutaneous acetic acid injection; **PAIT**)、射頻治療(Heat-Radio-frequency ablation; **RFA**)等治療之編碼，請分別選擇編碼15、16或17；如肝癌個案於首次療程接受局部腫瘤破壞及手術切除治療，則請參考附錄B分別選擇組合式編碼26~29、33~35及38、53~55及59。

編碼	標示	定義
00	未進行原發部位切除手術。	• 未進行任何手術。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
10-19	腫瘤破壞手術，依特定部位編碼。	腫瘤破壞手術，無病理標本。請參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。
20-80	切除手術，依特定部位編碼。	參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。
90	進行原發部位手術，但不清楚手術方式。	有針對原發腫瘤進行手術，但並不清楚進行的手術方式。

編碼	標示	定義
98	特殊編碼，依特定部位編碼。	特殊編碼，參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。
99	不詳或不清楚。	• 不知道個案是否有接受手術治療。 • 病歷上未記錄。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院原發部位手術方式

Surgical Procedure of Primary Site at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00, 10-80, 90, 98, 99

癌登欄位序號 #4.1.4

NAACCR Item #670

欄位敘述：

記錄在申報醫院對原發部位所進行的手術方式。

收錄目的：

用來比較不同治療方式的效果。

編碼指引：

- 特定部位的編碼，請參考附錄B「特定部位手術編碼」。
- 以切除原發部位及其周邊組織/器官的最大範圍之術式編碼。
- 編碼00-79，其手術方式之描述是有層級性的(hierarchical)。列在較後面者的術式優於列在比較前面的術式(與編碼或數值大小無關)。編碼98優先於編碼00。若無法得到更多有關手術的資訊或是資訊不清楚時，則使用編碼80和90。
- 若切片手術(Excisional biopsies)已經切除所有的腫瘤，或僅在顯微鏡下才可見到手術邊緣有腫瘤細胞殘留，該手術方式應摘錄在本欄位中。
- 若手術有切除周圍組織或器官，僅有當這些周圍組織或器官與原發腫瘤是相連的話，才需要編碼在本欄位中，但附錄B所列出之周邊組織器官不在此限。
- 若先前的手術僅移除部分的原發腫瘤，之後又再進行另外一次手術移除剩下的腫瘤，則依照全部或最後的結果進行編碼。
- 肝癌個案接受經皮肝動脈血管栓塞(Transcatheter arterial embolization; **TAE**)、酒精注射(Percutaneous ethanol injection; **PEIT**)或醋酸注射(Percutaneous acetic acid injection; **PAIT**)、射頻治療(Heat-Radio-frequency ablation; **RFA**)等治療之編碼，請分別選擇編碼15、16或17；如肝癌個案於首次療程接受局部腫瘤破壞及手術切除治療，則請參考附錄B分別選擇組合式編碼26~29、33~35及38、53~55及59。
- 若首次療程尚未完成，須持續追蹤以確保相關治療資訊已收集完整。
- 若執行之手術是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。

編碼	標示	定義
00	未進行原發部位切除手術。	• 未進行任何手術。 • 屍體解剖時才診斷為癌症。
10-19	腫瘤破壞手術，依特定部位編碼。	腫瘤破壞手術，無病理標本。請參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。

編碼	標示	定義
20-80	切除手術，依特定部位編碼。	參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。
90	進行原發部位切除手術，但不清楚手術方式。	有針對原發腫瘤進行手術，但並不清楚進行的手術方式。
98	特殊編碼，依特定部位編碼。	特殊編碼，參考附錄 B「特定部位手術編碼」選擇最正確編碼。
99	不詳或不清楚。	• 不知道個案是否有接受手術治療。 • 病歷上未記錄。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

微創手術

Minimally Invasive Surgery

欄位長度：1

編碼範圍：0-4, 8-9

癌登欄位序號：4.1.4.1

NAACCR Item #668

欄位敘述：

記錄原發部位於申報醫院採用微創(Minimally Invasive Surgery)或機械臂(Robotic Surgery)手術的狀況。

收錄目的：

追蹤應用微創及機械臂方式執行手術及使用傳統開放式手術之差異，以監測微創及機械臂手術的方式與趨勢。

編碼指引：

- 僅收錄2018診斷年起之癌症個案。
- 如果個案接受多次原發部位手術時，則此欄位以最廣泛或最確切(most invasive，definitive)手術所使用的進入方式作為編碼依據。
- 原發部位僅接受開放性手術(open surgery)者，編碼為0。
- 原發部位有接受微創手術(如：內視鏡手術、胸腔鏡手術或腹腔鏡手術等)者，依情況編碼為1或2。
- 原發部位有接受機械臂輔助手術(Robotic Surgery)者，編碼為3。
- 若個案於一開始先接受微創手術或機械臂輔助手術，而後轉成接受開放性手術，應編碼為4。
- 原發部位未手術或接受以下手術，應編碼為8：
    - 原發部位未接受手術。
    - 原發部位手術方式編碼10-19。
    - 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-27。
    - 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術)。
    - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
        - i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
        - ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
- 個案於2017年(含)之前診斷者，應編碼為8。

編碼	定義
0	• 僅接受開放性手術(open surgery)。 • 未接受微創或機械臂輔助手術。
1	有接受內視鏡手術。
2	有接受胸腔鏡或腹腔鏡手術，或類似手術。
3	有接受機械臂輔助手術(Robotic Surgery)。
4	有接受微創手術或機械臂輔助手術後，轉換成開放性手術。
8	不適用： • 原發部位未接受手術。 • 原發部位手術方式編碼10-19。 • 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-27。 • 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術) • 2017年(含)之前診斷之個案。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。
9	不詳。

範例：

編碼	定義
0	口腔癌個案接受Wide excision。
0	子宮頸癌個案接受LEEP治療。
1	胃癌個案經由胃鏡執行EMR。
1	大腸癌個案經由大腸鏡執行Polypectomy。
8	攝護腺癌個案接受Laser TURP治療。
1	膀胱癌個案接受TURBT治療。
3	Tongue base cancer個案接受Transoral robotic surgery (TORS) 方式切除腫瘤。
8	腎臟癌個案透由電腦斷層指引接受RFA治療。
8	攝護腺個案僅接受HIFU治療。
8	個案於外院接受手術後至申報醫院接受放射治療。

原發部位手術邊緣

Surgical Margins of the Primary Site

欄位長度：1

編碼範圍：0-5, 7-9, A-F

癌登欄位序號 #4.1.5

NAACCR Item #1320

欄位敘述：

記錄原發腫瘤切除後手術邊緣的最後狀態。

收錄目的：

作為治療品質監測、分期或評估腫瘤復發預後因子等用途。

編碼指引：

- 依手術紀錄或病理報告，記錄原發腫瘤切除後手術邊緣的最後狀態。
- 編碼 1-4 與 A-B 為有侵襲癌殘存，C-E 為有原位癌或分化不良殘存；當手術紀錄及病理報告同時有侵襲癌與原位癌或分化不良殘存時，請優先編碼侵襲癌結果。若無侵襲癌殘存，則參考原位癌或分化不良殘存狀態，編碼優先順序為 C>D>E>F。
- 當描述有侵襲癌殘存時，編碼優先順序應為：B>4>2>A>3>1>5。
  - 若要編碼2、3、4時，應依據同處或不同處的手術邊緣情形採取適當編碼，其方式如下：
    - 當病理報告描述同一處手術邊緣在顯微鏡(microscope)及肉眼(gross)下皆有殘存的侵襲性癌細胞，應編碼為4。
    - 當病理報告描述同一處手術邊緣病理報告於肉眼(gross)下可看到有殘存的侵襲性癌細胞，但顯微鏡(microscope)下卻描述為無殘存的侵襲性癌細胞，應編碼為0。
    - 當病理報告描述於不同處的手術邊緣時，一處於肉眼(gross)下可看到有殘存的侵襲性癌細胞，未描述顯微鏡檢查結果，另一處於顯微鏡(microscope)下描述為有殘存的侵襲性癌細胞，應編碼為2。
    - 當病理報告描述於不同處的手術邊緣時，一處於肉眼(gross)下可看到有殘存的侵襲性癌細胞，未描述顯微鏡檢查結果，應詢問病理科顯微鏡結果為何，若是無法諮詢病理科醫師則應編碼為3。
- 若病理報告僅描述侵襲癌腫瘤之手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為5。當報告同時併有原位癌或分化不良殘存(編碼C-F)時，應優先編碼為5
- 若個案有多顆腫瘤並判定為單一原發，請優先編碼侵襲癌手術邊緣狀態。若侵襲癌腫瘤手術邊緣**無殘存**，同時併有原位癌或分化不良腫瘤**殘存**時，應記錄原位癌或分化不良殘存狀態(C-E)；若併存之**原位癌/分化不良腫瘤**手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為F。
- 若手術紀錄及病理報告皆未呈現手術邊緣狀態編碼為9；若手術紀錄未描述但病理報告註明無法評估則編碼為7。

- 若個案沒有接受任何的手術治療，應編碼為8。
- 手術方式編碼為10-19者(例如：肝癌個案接受RFA治療)，此類手術方式並未切除腫瘤組織送作病理檢查，本欄位應編碼為8。
- 攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)，本欄位應編碼為8。
- 以下之原發部位和組織類型碼，原發部位手術邊緣應編碼為9：
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    - i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
    - ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
  - Lymphomas：(C77.0-C77.9 & 9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971)

    Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809 & all histologies)
  - Kaposi sarcoma (9140/3)

編碼	標示	定義
0	無殘存的癌細胞。	所有的手術邊緣在顯微鏡下，皆無殘存的癌細胞，手術紀錄描述無殘存腫瘤。
1	有殘存的侵襲性癌細胞，其他更詳細的情形則不清楚。	只知道有殘存的侵襲性癌細胞，至於其他更詳細的情形則不清楚，手術紀錄描述無殘存腫瘤。
2	僅在顯微鏡(microscope)下才可看到殘存的侵襲性癌細胞。	病理報告中巨觀無殘存腫瘤，且手術紀錄描述無殘存腫瘤，僅在顯微鏡下看到殘存的侵襲性癌細胞。
3	病理報告描述肉眼(gross)下即可以看到殘存的侵襲性癌細胞。	病理報告描述在肉眼下就可以看到殘存的侵襲性癌細胞，顯微鏡下及手術紀錄皆無描述手術邊緣狀態。
4	病理報告描述肉眼(gross)及顯微鏡(microscope)下皆看到殘存的侵襲性癌細胞。	病理報告在肉眼及顯微鏡下皆看到殘存的侵襲性癌細胞，手術紀錄描述無殘存腫瘤。
5	病理報告描述侵襲癌手術邊緣 very close 或 may not be free 或僅描述<1mm 且未明示狀態。	• 病理報告描述侵襲癌手術邊緣狀態為very close或may not be free。 • 侵襲癌病理報告僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態。
7	手術邊緣的狀態無法評估。	病理報告描述手術邊緣狀態無法評估。
8	未針對原發腫瘤進行手術。	• 未針對原發腫瘤部位進行手術。

編碼	標示	定義
		• 手術方式編碼為10-19者。 • 攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)。 • 個案於屍體解剖時才診斷為癌症。
A	手術紀錄有殘存侵襲性癌細胞	• 手術紀錄描述有殘存腫瘤，或為腫瘤部份切除(R2 resection)，但病理報告描述無殘存腫瘤、無法評估或不清楚。
B	手術紀錄及病理報告描述皆有殘存侵襲性癌細胞	• 手術紀錄描述有殘存腫瘤，或為腫瘤部份切除(R2 resection)，同時病理報告描述亦有殘存侵襲性癌細胞(不論肉眼或顯微鏡下)。
C	病理報告描述手術邊緣為 High grade、 moderate dysplasia、severe dysplasia or carcinoma in situ	病理報告描述手術邊緣為： • high grade • moderate dysplasia • severe dysplasia • carcinoma in situ
D	病理報告描述手術邊緣為 mild dysplasia or low grade	• 病理報告描述手術邊緣為 mild dysplasia or low grade。
E	病理報告描述手術邊緣為 unspecified dysplasia	• 病理報告描述手術邊緣為 dysplasia，未明示為 high or low grade。
F	病理報告描述原位癌/分化不良手術邊緣 very close 或 may not be free 或僅描述<1mm 且未明示狀態。	• 病理報告描述原位癌/分化不良手術邊緣狀態為very close或may not be free。 • 原位癌/分化不良病理報告僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態。
9	不詳或不適用。	• 不知道個案是否有接受原發部位手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。 • 病歷未記載或不詳。

範例：

編碼	案例
2	**(C18-Colon)** 大腸癌個案手術切除之病理報告描述：the proximal margin 於肉眼發現有腫瘤細胞侵犯，而 the distal margin 則有顯微侵犯。應編碼為 2。
8	肝癌個案接受 RFA，其原發部位手術切除邊緣狀態，編碼為 8。
C	食道癌個案接受手術切除後之病理報告描述：the proximal margin 有 moderate to severe dysplasia 侵犯，the distal margin 則無侵襲癌或分化不良侵犯。應編碼為 C。
5	乳癌個案接受手術切除後之病理報告描述：closest margin <1mm，may not be free。
5	Surgical margin: Margin very close to invasive carcinoma, less than 1 mm (Specify close to margin: Posterior margin), and margins involved by high grade dysplasia (Specify margin: anterior and superior margin).
D	Left mouth floor cancer, cT1N0M0 接受 Local tumor excision，手術切除之病理報告描述: • anterior margin, upper margin, lower margin, deep margin: negative for malignancy • upper margin with low grade squamous dysplasia
F	Breast, right, partial mastectomy: (多顆腫瘤摘錄為單一原發) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT2N0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved, 5 mm from margin.. • ductal carcinoma in situ, DCIS Margins: margin is close (< 1 mm)
C	Breast, left, nipple-sparing mastectomy: (單顆腫瘤同時含有侵襲癌和原位癌) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT1aN0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved. • DCIS is present in specimen (Extensive intraductal component, >25% of tumor). Margins: Involved, at medial margin.

原發部位手術切緣距離

Surgical Margins Distance of the Primary Site

欄位長度：3

編碼範圍：000-980,987,988, 990-991,999

癌登欄位序號：4.1.5.1

欄位敘述：

記錄原發腫瘤切除後，病理報告中的腫瘤細胞手術切緣的最近距離。

收錄目的：

作為治療品質監測與評估腫瘤復發或預後的影響。

編碼指引：

- 本欄位摘錄單位為 0.1 毫米(mm)。
  - 例如：0.1 毫米編碼為 001；1 毫米編碼為 010；0.5cm 編碼為 050。
- 依病理報告記錄原發腫瘤切除後手術切緣與腫瘤的最近距離。
- 若病理報告中有描述多個手術切緣距離，只要有一處有描述切緣距離(包含結直腸癌的 CRM 或是乳癌的 deep margin)即可摘錄此欄位。
- 於手術過程中以醫療器械切除腫瘤後所檢測之手術切緣，病理報告有描述切緣距離時皆應視為手術切緣距離，例如：結直腸癌的 CRM 或是乳癌的 deep margin 等。
- 若個案之手術切緣無殘存且同時描述有侵襲癌及非侵襲癌(原位癌或分化不良)距離時，優先摘錄侵襲癌的距離。
- 若個案有多個手術切緣距離，只要有一處切緣為陽性，應編碼為 000。
- 若病理報告未明示手術邊緣狀態，僅描述為 very close、may not be free 且切緣距離為 <1mm 時，應編碼為 010；但未描述切緣距離時，則編碼為 987。
- 若個案為多顆腫瘤並判定為單一原發，經手術切除多顆腫瘤後，手術切緣距離應摘錄多顆腫瘤中的最近距離。
- 若個案手術前已經接受前導性治療(neoadjuvant treatment)，本欄位仍須編碼。
- 此數據必須是病理報告中測量的結果，若病理報告缺乏數據應編碼 999，勿以手術紀錄資訊摘錄。
- 病理報告描述距離大於或小於某數值時，則直接依據其數值逕行編碼。
  - 例如：若距離大於 1 公分(>10mm)，應編碼為 100；若大於 2.5 公分(>25mm)，應編碼 250；若小於 1 毫米(<1mm)，應編碼為 010。
- 經再次切除，後續病理報告診斷已無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌，且手術切緣皆無侵襲癌與非侵襲癌(原位癌或分化不良)侵犯，若有描述切緣距離必須摘錄；若未描述切緣距離，則編碼為 990。
- 先前導性治療後再手術切除，病理報告診斷為無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌，且手術切緣皆無侵襲癌與非侵襲癌(原位癌或分化不良)侵犯，亦未描述切緣距離，應編碼為 990。

- 病理報告描述手術切緣為非侵襲癌(原位癌或分化不良)時，應編碼為 991。
- 若病理報告註明無法評估，應編碼為 988。
- 若個案沒有接受任何的原發部位手術治療，應編碼為 988。
- 手術方式編碼為 10-19 者(例如：肝癌個案接受 RFA 治療)，此類手術方式並未切除腫瘤組織送作病理檢查，應編碼為 988。
- 攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)，應編碼為 988。
- 以下之原發部位和組織類型碼，原發部位手術切緣距離應編碼為 988：
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
    ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
  - Lymphomas (C77.0-C77.9 &9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971)
  - Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809 & all histologies)
  - Kaposi sarcoma (9140/3)
- 若個案已於外院診療，申報醫院未執行相關檢查或治療，且無外院資訊時，應編碼為 988。
- 若病理報告未呈現手術切緣距離狀態，則編碼為 999。
- 病理報告或手術紀錄或其他病歷記載不符合，請再次確認。

編碼	定義
000	• 手術切緣陽性。 • 小於 1mm，手術切緣明示為陽性。
001-979	手術切緣狀態為陰性，則記錄實際手術切緣距離，以 0.1mm 為單位。
980	手術切緣距離≧98mm。
987	僅描述 very close、may not be free，且未描述切緣距離。
988	不適用。 • 未執行原發腫瘤部位手術。 • 病理報告註明無法評估。 • 手術方式編碼為 10-19 者。 • 攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。 • 個案於屍體解剖時或死亡證明書上得知為癌症。 • 非於申報醫院檢查或治療，且無外院資訊。

編碼	定義
990	當以下情形之手術切緣狀態皆無侵襲癌與非侵襲癌侵犯**且無描述切緣距離**： • 經再次切除後，病理標本無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。 • 前導性治療後經手術切除，病理標本為無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。 • 經再次切除後，病理標本無描述切緣距離。
991	病理報告描述手術切緣為非侵襲癌(原位癌或分化不良)。
999	• 不知道個案是否有接受原發部位手術。 • 病理報告中缺乏切緣距離的數據。 • 病歷未記載或不詳。

範例：

編碼	定義
070	Tongue border cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ with negative margin, posterior margin: 1.2 cm，inferior margin: 0.7 cm。
070	Tongue border cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma in stiu，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ with negative margin, posterior margin: 1.2 cm，inferior margin: 0.7 cm。
990	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，Margin positive，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin negative，未描述 margin distance。
020	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，Margin positive，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin negative，the closest margin distance: 2mm。
991	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin involves by mild dysplasia。
000	Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma, well differentiated，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma. Margin positive。
010	乳癌個案接受手術切除後之病理報告描述：closest margin <1mm，may not be free。

編碼	定義
050	直腸癌個案接受 LAR 手術，病理報告描述如下： Rectum, low anterior resection --- Adenocarcinoma, moderately differentiated. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 7 cm. b) Distal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 5 cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 5 mm.
800	乙狀結腸癌個案接受 left hemicolectomy，病理報告描述如下： Sigmoid anterior resection --- Adenocarcinoma, well differentiated. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 8 cm. b) Distal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 10 cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma.
050	結腸癌個案接受 AR 手術，病理報告描述如下： Desending colon, left hemicolectomy --- Adenocarcinoma, well differentiated. The tumor invades to the mesocolic soft tissue with 3 mm to the serosa. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 8 cm. b) Distal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 10 cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma , distance of tumor from margin: 5 mm.
010	乳癌個案接受全乳房切除手術，病理報告描述如下： Breast, left, simple mastectomy --- Invasive carcinoma of no special type, grade 2. 1. Pectoral fascia or deep margin at the closest margin： Uninvolved by DCIS and invasive carcinoma (distance from the closest margin: 0.1 cm). 2. Breast at the peripheral margin： Uninvolved by DCIS and invasive carcinoma (1.0 cm from all peripheral margins).

編碼	定義
990	2022/02/15：Right retromolar, tumor excision: squamous cell carcinoma. Surgical margin: free but <1mm to the invasive carcinoma. 2022/02/22：進行第二次手術切除，病理報告描述： Right retromolar, wide excision: No malignancy tumor. Mandible, right, marginal mandibulectomy: Negative for malignancy.
180	2022/01/29：Upper rectum, EMR: Adenocarcinoma. Tumor invasion: Submucosa (T1), 2 mm deep to mucosa muscularis. Surgical margin: The base resection margin: uninvolved, <1 mm in distance 2022/03/15：進行第二次手術切除: OP note: Endo cutter was applied over upper rectum, about 2~3 cm away from the tumor.Pathology: no residual tumor seen. Surgical margin: The nearest resection margin: free of malignancy, 1.8 cm to the dyed area. Circumferential resection margin: Uninvolved by invasive carcinoma, 10 cm in distance.
040	個案 2020/10 診斷為左側乳癌 cT2N1M0，2020/11-2021/4接受前導性化療，2021/5/7 進行手術，病理報告為Breast, left, partial mastectomy: History of invasive carcinoma, s/p chemotherapy, with no residual tumor, ypT0N0. A fibrotic tumor 30 x 20 x 10 mm is noted, Nearest resection margin: free (4 mm over lower deep margin).
990	Right mouth floor cancer 個案 2021/10/20 接受 Oral cavity, right mouth floor, wide excision，病理報告: squamous cell carcinoma with negative margin, pT4aN0, Nearest resection margin 2 mm of anterior and deep margins；當日再執行 deep margin excision，病理報告未描述 margin distance。
010	Breast, right, partial mastectomy: (多顆腫瘤摘錄為單一原發) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT2N0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved, 5 mm from margin. • ductal carcinoma in situ, DCIS Margins: margin is close (< 1 mm)
991	Breast, left, nipple-sparing mastectomy: (單顆腫瘤同時含有侵襲癌和原位癌) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT1aN0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved. • DCIS is present in specimen (Extensive intraductal component, >25% of tumor). Margins: Involved, at medial margin.

外院區域淋巴結手術範圍

Scope of Regional Lymph Node Surgery at Other Facility

欄位長度：1

編碼範圍：0-7, 9

癌登欄位序號 #4.1.6

欄位敘述：

記錄在外院進行原發部位手術或是另一獨立手術中，同時將區域淋巴結切除、切片或抽吸的範圍。

收錄目的：

用來比較與評估手術治療範圍。

編碼指引：

- 本欄位編碼以病理報告結果是否含有淋巴結組織為編碼依據;手術紀錄單則是區分醫師執行淋巴結切除的方式。若區域淋巴結切除之病理報告未描述哨兵淋巴結(sentinel lymph node sampling；SLNB)，但手術紀錄單描述執行哨兵淋巴結(sentinel lymph node sampling；SLNB)，則須視為有執行哨兵淋巴結取樣，再依據病歷上實際執行的時間適切的編碼於2、6或7。
- 區域淋巴結手術的範圍是針對每次手術來收集,所以即使未進行原發腫瘤切除手術仍可有資料。
- 執行區域淋巴結診斷性切片及抽吸(編碼1)之日期，勿編碼於「首次手術日期」欄位。
- 僅執行哨兵淋巴結取樣(sentinel lymph node sampling；SLNB)，所執行之哨兵淋巴結取樣日期不可編碼於「首次手術日期」欄位。
- 若個案皆執行哨兵淋巴結取樣及區域淋巴結摘除手術，「首次手術日期」請摘錄區域淋巴結手術日期。
- 編碼0-7是有優先順序的。若有兩個編碼可以用來描述區域淋巴結手術的範圍時，則取較高的編碼。
- 執行2次以上的區域淋巴結處置(surgical procedures of regional lymph nodes),需累計綜合編碼。

  例如:先執行哨兵淋巴結取樣後，之後在不同時間進行區域淋巴結切除，編碼為7。
- 哨兵淋巴結取樣失敗(fail to map)，且未送病理檢查，則視為未執行哨兵淋巴結取樣。
- 哨兵淋巴結取樣失敗(fail to map),但醫師嘗試切除可疑之哨兵淋巴結組織，且送病理檢查，則視為有執行哨兵淋巴結取樣。
  - 若同時執行腋下淋巴結切除，則編碼6；未同時執行腋下淋巴結切除，則編碼7。
  - 未執行腋下淋巴結切除或是執行腋下淋巴結切除，而病理報告未檢查出淋巴結組織，則編碼2。
- 個案針對區域淋巴結進行非哨兵淋巴結的切片(incisional/excisional biopsy, core biopsy, sampling)或抽吸(aspiration)，則歸類為區域淋巴結診斷性處置，編碼為1。

- 若是有執行區域淋巴結的治療性切除(dissection)時則歸類為區域淋巴結切除性手術，視個案實際情況編碼3-7。
- 個案同時申報兩個惡性腫瘤，二處原發部位具有相同區域淋巴結範圍，若其中一處原發部位進行區域淋巴結切除手術，則可視為兩個原發部位皆有接受區域淋巴結手術。
- 以下之原發部位和組織類型碼，外院區域淋巴結手術範圍應編碼為9：
  - Placenta (C58.9)
  - Brain and Cerebral Meninges (C70.0-C70.9, C71.0-C71.9)
  - Other Parts of Central Nervous System (C72.0-C72.5, C72.8-C72.9, C75.1-C75.3)
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    - i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
    - ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
  - Lymphomas：(C77.0-C77.9 & 9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971)

    Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809 & all histologies)
  - Kaposi sarcoma (9140/3)
- 若切除原發腫瘤時，同時切除遠端淋巴結，不可在此欄位對遠端淋巴結進行編碼。遠端淋巴結應該要編碼在「外院其他部位手術方式」欄位。
- 請參考目前最新版本的AJCC癌症分期手冊，依照各不同部位找出其特定的區域淋巴結。
- 哨兵淋巴結：是指癌病灶一旦淋巴轉移，最先受侵犯的淋巴結。將哨兵淋巴結的觀念應用到乳癌腋下淋巴結的清除方法，是於術前或術中在癌病灶旁注射定位用的染劑或同位素，理論上這些注入物將隨腫瘤周圍的淋巴系統被送到哨兵淋巴結，我們在手術中再藉著目視或同位素測定儀的協助確認這個或這幾個最有機會被侵犯的哨兵淋巴結。在切下這些哨兵淋巴結送驗後，如果發現有被癌細胞侵犯，則再進行傳統的大範圍淋巴清除手術，若是哨兵淋巴結皆未被侵犯，則毋須進行進一步的淋巴廓清手術，避免因不必要的淋巴腺清除而造成副作用。

  例外：少數情況下發生執行哨兵淋巴結取樣失敗(例如：定位用的染劑或同位素無法標識出哨兵淋巴結) ，此時應確認手術紀錄中是否描述哨兵淋巴結取樣，通常哨兵淋巴結取樣失敗後，仍會執行腋下淋巴結切除。

編碼	標示	定義
0	未進行區域淋巴結處置。	• 未進行區域淋巴結手術或處置。 • 在病理報告中未發現淋巴結組織。 • 個案由屍體解剖時才診斷為癌症。
1	執行區域淋巴結切片或抽吸	僅對區域淋巴結進行**診斷性**切片(incisional/excisional biopsy, core biopsy, sampling)或抽吸(aspiration)，不論癌症侵犯的範圍。
2	執行哨兵淋巴結取樣。	對哨兵淋巴結進行取樣檢查(sentinel node biopsy)。 哨兵淋巴結取樣不包含 core biopsy, aspiration.
3	執行區域淋巴結移除，但移除數目不清楚或未敘述。	區域淋巴結治療性切除(dissection)，但切除的淋巴結數目不清楚或未敘述。此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
4	移除 1-3 顆區域淋巴結。	治療性切除區域淋巴結 1-3 顆，且此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
5	移除 4 顆以上區域淋巴結。	治療性切除區域淋巴結 4 顆以上。且此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
6	哨兵淋巴結取樣和編碼 3、4、或 5 的術式同時執行，或執行時間未記錄。	於同一手術中進行哨兵淋巴結取樣與區域淋巴結治療性切除(包括編碼 3、4、或 5)，但病歷未紀錄切除時間。
7	哨兵淋巴結取樣和編碼 3、4、或 5 的術式在不同時間進行。	執行哨兵淋巴結取樣後(編碼 2)，再於下一個手術做治療性切除區域淋巴結(包括編碼 3、4、或 5)。
9	不詳或不適用。	• 不知道個案是否有接受區域淋巴結手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。

範例：

編碼	案例
0	有做區域淋巴結切除(dissection)，但是在手術切除後的病理標本中沒有發現區域淋巴結。
1	對 pharynx 原發腫瘤的區域淋巴結做抽吸，用來確定癌的轉移範圍。
1	NPC 個案因頸部淋巴結腫大，接受 excision biopsy，證實為淋巴結轉移，後續接受 CSRT 治療。
1	胃癌個案進行 Exploratory Laparotomy，發現腹膜有 carcinomatosis，僅切除(excision)區域淋巴結 2 顆，原發部位未切除。
2	個案的背部有黑色素瘤，接受哨兵淋巴結取樣，取樣一個淋巴結，該淋巴結無轉移。
2	乳癌個案手術中執行哨兵淋巴結取樣，於病理報告中未發現淋巴結組織。
3	攝護腺癌個案接受 bilateral pelvic lymph node dissection。
1	肺癌個案接受手術切除原發部位腫瘤，術中針對 Group 6 區域淋巴結取樣(sampling)，並且送冰凍切片(frozen section)檢查，病理報告描述有 3 顆淋巴結皆為陰性，後續醫師未再執行 region lymph node dissection。此時醫師目的應為診斷性處置，非治療性處置。
6	在同一次手術中，乳癌個案先接受右側腋下的哨兵淋巴結切片，之後再進行右側腋下淋巴結切除手術。
7	乳癌個案先接受左側腋下的哨兵淋巴結切片(SLNBx)，五天後再進行左側腋下淋巴結切除手術(ALND)。
9	肺癌個案，住院先接受放射治療，之後進行手術，但是在病歷記錄中並未有手術範圍的相關記載。
4	肺癌個案接受手術切除原發部位腫瘤，術中針對區域淋巴結切除(dissection)，病理報告描述有 3 顆淋巴結皆為陰性。此時醫師目的應為治療性處置，非診斷性處置。
5	膀胱癌個案接受 cystoprostatectomy 及 pelvic lymph node dissection，病理報告描述同時還有另一個原發性攝護腺癌，而區域淋巴結摘除 21 顆，證實有 4 顆被侵犯，此兩個原發部位於區域淋巴結手術皆應編碼為 5。

申報醫院區域淋巴結手術範圍

Scope of Regional Lymph Node Surgery at This Facility

欄位長度：1

編碼範圍：0-7, 9

癌登欄位序號 #4.1.7

NAACCR Item #672

欄位敘述：

記錄在申報醫院進行原發部位手術或是另一獨立手術中，同時將區域淋巴結切除、切片或抽吸的範圍。

收錄目的：

用來比較與評估手術治療範圍。

編碼指引：

- 本欄位編碼以病理報告結果是否含有淋巴結組織為編碼依據;手術紀錄單則是區分醫師執行淋巴結切除的方式。若區域淋巴結切除之病理報告未描述哨兵淋巴結(sentinel lymph node sampling；SLNB)，但手術紀錄單描述執行哨兵淋巴結(sentinel lymph node sampling；SLNB)，則須視為有執行哨兵淋巴結取樣，再依據病歷上實際執行的時間適切的編碼於2、6或7。
- 區域淋巴結手術的範圍是針對每次手術來收集,所以即使未進行原發腫瘤切除手術仍可有資料。
- 執行區域淋巴結診斷性切片及抽吸 (編碼1)之日期，勿編碼於「首次手術日期」欄位。
- 僅執行哨兵淋巴結取樣(sentinel lymph node sampling；SLNB)，所執行之哨兵淋巴結取樣日期不可編碼於「首次手術日期」欄位。
- 若個案皆執行哨兵淋巴結取樣及區域淋巴結摘除手術，「首次手術日期」請摘錄區域淋巴結手術日期。
- 編碼0-7是有優先順序的。若有兩個編碼可以用來描述區域淋巴結手術的範圍時，則取較高的編碼。
- 執行2次以上的區域淋巴結處置(surgical procedures of regional lymph nodes),需累計綜合編碼。

  例如:先執行哨兵淋巴結取樣後，之後在不同時間進行區域淋巴結切除，編碼為7。
- 哨兵淋巴結取樣失敗(fail to map)，且未送病理檢查，則視為未執行哨兵淋巴結取樣。
- 哨兵淋巴結取樣失敗(fail to map),但醫師嘗試切除可疑之哨兵淋巴結組織，且送病理檢查，則視為有執行哨兵淋巴結取樣。
  - 若同時執行腋下淋巴結切除，則編碼6；未同時執行腋下淋巴結切除，則編碼7。
  - 未執行腋下淋巴結切除或是執行腋下淋巴結切除，而病理報告未檢查出淋巴結組織，則編碼2。
- 個案針對區域淋巴結進行非哨兵淋巴結的切片(incisional/excisional biopsy, core biopsy, sampling)或抽吸(aspiration)，則歸類為區域淋巴結診斷性處置，編碼為1。

- 若是有執行區域淋巴結的治療性切除(dissection)時則歸類為區域淋巴結切除性手術，視個案實際情況編碼3-7。
- 個案同時申報兩個惡性腫瘤，二處原發部位具有相同區域淋巴結範圍，若進行區域淋巴結切除手術，則可視為兩個原發部位皆有接受區域淋巴結手術。
- 以下之原發部位和組織類型碼，申報醫院區域淋巴結手術範圍應編碼為9：
  - Placenta (C58.9)
  - Brain and Cerebral Meninges (C70.0-C70.9, C71.0-C71.9)
  - Other Parts of Central Nervous System (C72.0-C72.5, C72.8-C72.9, C75.1-C75.3)
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    - i. Primary sites: C420, C421, C423, or C424 (all histologies)
    - ii. Histologies:M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)
  - Lymphomas：(C77.0-C77.9 & 9590-9726, 9728-9729, 9731, 9734-9740, 9749, 9751, 9755-9760, 9811-9819, 9823, 9826, 9827, 9837 and 9971)

    Other and Ill-Defined Primary Sites (C760-C768, C809) (all histologies)
  - Kaposi sarcoma (9140/3)
- 若切除原發腫瘤時，同時切除遠端淋巴結，不可在此欄位對遠端淋巴結進行編碼。遠端淋巴結應該要編碼在「申報醫院其他部位手術方式」欄位。
- 請參考目前最新版本的AJCC癌症分期手冊，依照各不同部位找出其特定的區域淋巴結。
- 若執行之手術是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。
- 哨兵淋巴結：是指癌病灶一旦淋巴轉移，最先受侵犯的淋巴結。將哨兵淋巴結的觀念應用到乳癌腋下淋巴結的清除方法，是於術前或術中在癌病灶旁注射定位用的染劑或同位素，理論上這些注入物將隨腫瘤周圍的淋巴系統被送到哨兵淋巴結，我們在手術中再藉著目視或同位素測定儀的協助確認這個或這幾個最有機會被侵犯的哨兵淋巴結。在切下這些哨兵淋巴結送驗後，如果發現有被癌細胞侵犯，則再進行傳統的大範圍淋巴清除手術，若是哨兵淋巴結皆未被侵犯，則毋須進行進一步的淋巴廓清手術，避免因不必要的淋巴腺清除而造成副作用。

  例外：少數情況下發生執行哨兵淋巴結取樣失敗(例如：定位用的染劑或同位素無法標識出哨兵淋巴結) ，此時應確認手術紀錄中是否描述哨兵淋巴結取樣，通常哨兵淋巴結取樣失敗後，仍會執行腋下淋巴結切除。

編碼	標示	定義
0	未進行區域淋巴結處置。	• 未進行區域淋巴結手術或處置。 • 在病理報告中未發現淋巴結組織。 • 個案由屍體解剖時才診斷為癌症。
1	執行區域淋巴結切片或抽吸	僅對區域淋巴結進行**診斷性**切片(incisional/excisional biopsy, core biopsy, sampling)或抽吸(aspiration)，不論癌症侵犯的範圍。
2	執行哨兵淋巴結取樣。	對哨兵淋巴結進行取樣檢查(sentinel node biopsy)。 哨兵淋巴結取樣不包含 core biopsy, aspiration.
3	執行區域淋巴結移除，但移除數目不清楚或未敘述。	區域淋巴結治療性切除(dissection)，但切除的淋巴結數目不清楚或未敘述。此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
4	移除 1-3 顆區域淋巴結。	治療性切除區域淋巴結 1-3 顆，且此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
5	移除 4 顆以上區域淋巴結。	治療性切除區域淋巴結 4 顆以上。且此項區域淋巴結術式並非哨兵淋巴結取樣。
6	哨兵淋巴結取樣和編碼 3、4、或 5 的術式同時執行，或執行時間未記錄。	於同一手術中進行哨兵淋巴結取樣與區域淋巴結治療性切除(包括編碼 3、4、或 5)，但病歷未記錄切除時間。
7	哨兵淋巴結取樣和編碼 3、4、或 5 的術式在不同時間進行。	執行哨兵淋巴結取樣後(編碼 2)，再於下一個手術做治療性切除區域淋巴結(包括編碼 3、4、或 5)。
9	不詳或不適用。	• 不知道個案是否有接受區域淋巴結手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。

外院其他部位手術方式

Surgical Procedure/Other Site at Other Facility

欄位長度：1

編碼範圍：0-5, 9

癌登欄位序號 #4.1.8

欄位敘述：

記錄在外院進行手術切除原發腫瘤外之鄰近部位組織/器官、遠端淋巴結或遠端轉移。

收錄目的：

利於評估腫瘤侵犯的範圍。

編碼指引：

- 針對原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他組織/器官執行之診斷或分期性處置，勿編碼於「外院其他部位手術方式」欄位，應編碼於「診斷性及分期性手術處置」欄位。
- 原發部位手術時，有切除原發腫瘤外之其他組織或器官，但原發部位手術術式碼並未涵蓋此切除部位，則須於此欄位編碼。

  注意1：當子宮體癌(C54-C55)執行分期性手術(staging surgery)時，若手術記錄中**描述**原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(lesion)、腫塊(mass)或腫瘤(tumor)時，執行該組織或器官切除，則登錄於「外院其他部位手術方式」。

  案例：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄上描述腹膜有病灶(lesion, mass, tumor)，該腹膜切除(Omentectomy)目的為切除腫瘤，不論病理有無癌細胞轉移，應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。

  注意2：當子宮體癌(C54-C55)執行分期性手術(staging surgery)時，若手術記錄中**未描述**原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(lesion)、腫塊(mass)或腫瘤(tumor)時，執行該原發腫瘤外之其他組織或器官切除，但病理報告描述有惡性腫瘤侵犯時，則登錄於「外院其他部位手術方式」。

  案例1：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄上未提及腹膜是否有病灶(lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，但於病理報告證實腹膜有癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的仍視為切除腫瘤應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。

  案例2：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄描述腹膜有沾黏(adhesion)，其病理報告證實腹膜有癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的視為切除腫瘤應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。
- 若同時切除原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他部位組織器官時，則取合併編碼。
- 若所執行的手術並非癌症治療計畫的一部份，僅為手術過程中順便移除之組織或器官時，則此手術絕不能併入其他部位手術方式之編碼。

- 原發不明(C80.9)和分界不明(C76._)之部位、造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病(hematopoietic, reticuloendothelial, immunoproliferative, or myeloproliferative disease (C42.0、C42.1、C42.3、C42.4 或M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993所進行的手術，編碼為1。
- 若其他部位手術切除為癌症治療一部份，則即使未執行手術切除原發部位，其他部位手術方式亦須編碼。

編碼	標示	定義
0	未切除原發腫瘤外的部位。	• 未切除原發腫瘤外的部位。 • 個案由屍體解剖時才診斷為癌症。
1	有切除原發腫瘤外的部位。	切除原發腫瘤外的部位，但不知道此部位是屬於區域性或是遠端。
2	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於區域性的。	切除區域性部位組織或器官。
3	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於遠端淋巴結。	切除遠端淋巴結。
4	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於遠端部位。	切除遠端部位。
5	上列手術術式編碼 2 或 3 或 4 的任一組合。	上列手術術式編碼 2 或 3 或 4 的任一組合。
9	不詳。	• 不清楚是否有執行非原發腫瘤部位切除手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

案例：

編碼	案例
0	右側大腸癌個案，接受手術切除，在手術過程中，順便(incidental)把盲腸也切除。
1	原發部位不詳，手術移除肝轉移病灶。
2	大腸癌個案，原發部位直接侵犯至肝臟，外科切除手術時一併切除肝臟轉移的癌症。
4	切除肺臟轉移到腦部的單顆轉移癌。
5	切除肛門癌轉移到肝臟的轉移癌和一顆大的肝門淋巴結轉移癌。
4	個案因下背疼痛，接受 laminectomy，病理組織證實為轉移性癌症。
0	個案因下背疼痛，接受腰椎骨切片及 vertebroplasty，病理組織證實為轉移性癌症。
2	肝癌個案(C22.0)，且直接侵犯(direct invasion)橫膈膜(diaphragm)，接受肝腫瘤切除手術時一併切除橫膈膜腫瘤。

申報醫院其他部位手術方式

Surgical Procedure/Other Site at This Facility

欄位長度：1

編碼範圍：0-5, 9

癌登欄位序號 #4.1.9

NAACCR Item #674

欄位敘述：

記錄在申報醫院進行手術切除原發腫瘤外之鄰近部位組織/器官、遠端淋巴結或遠端轉移。

收錄目的：

利於評估腫瘤侵犯的範圍。

編碼指引：

- 針對原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他組織/器官執行之診斷或分期性處置，勿編碼於「申報醫院其他部位手術方式」欄位，應編碼於「診斷性及分期性手術處置」欄位。
- 原發部位手術時，有切除原發腫瘤外之其他組織或器官，但原發部位手術術式碼並未涵蓋此切除部位，則須於此欄位編碼。

  注意1：當子宮體癌(C54-C55)執行分期性手術(staging surgery)時，若手術記錄中**描述**原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(lesion)、腫塊(mass)或腫瘤(tumor)時，執行該組織或器官切除，則登錄於「申報醫院其他部位手術方式」。

  案例：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄上描述腹膜有病灶(lesion, mass, tumor)，該腹膜切除(Omentectomy)目的為切除腫瘤，不論病理有無癌細胞轉移，應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。

  注意2：當子宮體癌(C54-C55)執行分期性手術(staging surgery)時，若手術記錄中**未描述**原發腫瘤外之其他組織或器官有病灶(lesion)、腫塊(mass)或腫瘤(tumor)時，執行該原發腫瘤外之其他組織或器官切除，但病理報告描述有惡性腫瘤侵犯時，則登錄於「申報醫院其他部位手術方式」。

  案例1：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄上未提及腹膜是否有病灶(lesion, mass, tumor burden, tumor cakes)，但於病理報告證實腹膜有癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的仍視為切除腫瘤應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。

  案例2：子宮內膜癌個案接受分期性手術(staging surgery)執行腹膜切除(Omentectomy)，於手術記錄描述腹膜有沾黏(adhesion)，其病理報告證實腹膜有癌細胞侵犯，該腹膜切除(Omentectomy)目的視為切除腫瘤應登錄於「其他部位手術方式」，編碼4(切除遠端部位)。
- 若同時切除原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他部位組織器官時，則取合併編碼。
- 若所執行的手術並非癌症治療計畫的一部份，僅為手術過程中順便移除之組織或器官時，則此手術絕不能併入其他部位手術方式之編碼。

- 原發不明(C80.9)和分界不明(C76._)之部位、造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病(hematopoietic, reticuloendothelial, immunoproliferative, or myeloproliferative disease (C42.0、C42.1、C42.3、C42.4 或M- 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)所進行的手術，編碼為1。
- 若其他部位手術切除為癌症治療一部份，則即使未執行手術切除原發部位，其他部位手術方式亦須編碼。
- 若執行之手術是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。

編碼	標示	定義
0	未切除原發腫瘤外的部位。	• 未切除原發腫瘤外的部位。 • 個案由屍體解剖時才診斷為癌症。
1	有切除原發腫瘤外的部位。	切除原發腫瘤外的部位，但不知道此部位是屬於區域性或是遠端。
2	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於區域性的。	切除區域性部位組織或器官。
3	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於遠端淋巴結。	切除遠端淋巴結。
4	有切除原發腫瘤外的部位，且此部位是屬於遠端部位。	切除遠端部位。
5	上列手術術式編碼 2 或 3 或 4 的任一組合。	上列手術術式編碼 2 或 3 或 4 的任一組合。
9	不詳。	• 不清楚是否有執行非原發腫瘤部位切除手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

原發部位未手術原因

Reason for No Surgery of Primary Site

欄位長度：1

編碼範圍：0-3, 5-9

癌登欄位序號 #4.1.10

NAACCR Item #1340

欄位敘述：

記錄個案在任何醫療機構，未接受原發部位手術的原因。

收錄目的：

提供照護品質相關的資訊，並且描述原發部位未接受手術的原因。

編碼指引：

- 個案於申報醫院或外院之「原發部位手術方式」編碼同時為00，則依病歷上所描述的原因加以記錄。
- 治療計畫中提供了多項治療選擇，而個案選擇的治療方式非原發腫瘤手術切除，則本欄位編碼為1。
- 選擇積極監測或予以密切觀察(Active surveillance or watchful waiting)，則本欄位編碼為1。
- 個案於申報醫院或外院之「原發部位手術方式」編碼同時為98，則本欄位編碼為1。
- 個案拒絕建議的手術治療或在醫師給予任何治療建議前，個案已經拒絕任何的治療方式，則本欄位編碼為7。
- 個案在此項目欄位的編碼為8，須追蹤此個案，當有更適當的編碼，則加以更改。
- 個案治療計畫中包括多種治療方式的選擇，但是不知道個案接受何種治療，則本欄位編碼為9。

編碼	定義
0	個案在首次療程中接受手術治療。
1	手術治療非既定之首次療程計畫中的一部分。
2	手術治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
3	手術治療因疾病進展而未建議或給予。
5	手術治療是既定之首次療程計畫中的一部分,但因個案未接受前即死亡或病危出院。
6	手術治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷也未記載未執行的原因。
7	手術治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但病歷記載個案或其家屬拒絕。
8	手術治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。

編碼	定義
9	• 由於病歷未記載，所以不知道原發腫瘤手術是否有被建議或是已經執行。 • 個案由屍體解剖而診斷為癌症。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

案例：

編碼	案例
2	肝癌個案，因為有嚴重的肝硬化，所以不建議手術治療。
6	胃癌個案，建議轉至他院做胃切除手術，此個案到他院的後續情況及相關資訊並不清楚。

放射治療臨床標靶體積摘要

RT Target Summary

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -1, 0-63

癌登欄位序號 #4.2.1.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行放射治療之放射線標靶體積涵蓋的範圍(局部原發腫瘤「T」、區域淋巴結「N」和遠端轉移「M」)。

收錄目的：

以簡單可組合編碼方法登錄個別癌症的放射治療的目標範圍，該資訊可被用於評估放射治療的醫療模式。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療標靶體積(radiation target volume)通常是記錄在放射治療摘要。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的治療範圍。
- 請依循TNM分期的準則來定義個別癌症的放射治療臨床標靶體積是否涵蓋T-局部原發腫瘤及其侵犯程度、N-區域淋巴結的範圍，和M-遠端轉移。
- 涵蓋局部原發腫瘤之放射治療臨床標靶體積，不需考慮T的分期為何，其編碼為1；涵蓋區域淋巴結之放射治療標靶體積，不需考慮N的分期為何，其編碼為2；涵蓋遠端轉移之放射治療標靶體積，不需考慮實際上轉移部位為何，其編碼為4。
- 放射治療臨床標靶體積可同時包含局部原發腫瘤、區域淋巴結或遠端轉移等三種範圍之不同組合，請加總上述與T、N、M相關之編碼而得到最後的組合碼記錄之。例如：若局部原發腫瘤和區域淋巴結均包含在放射範圍內，則編碼應為3(=1+2)，因為照射目標為T(1)及N(2)。
- 其他三個亦可合併相加之編碼：8代表廣泛淋巴照射(包含mini-Mantle / Mantle / inverted Y / total lymphoid irradiation)，16代表全身照射，32代表全身皮膚電子射線放射治療。
- 編碼8只適用於何杰金氏症(Hodgkin’s disease，以下簡稱HD)及非何杰金氏淋巴癌(non-Hodgkin lymphoma，以下簡稱NHL)的廣泛淋巴照射。若單用局部淋巴結放射治療於HD及NHL，仍應編碼為2。若廣泛淋巴照射後又追加局部淋巴結放射治療，其編碼為10(=8+2)。
- 淋巴結內的HD及NHL之放射治療應編碼為2(N，局部照射)或8(廣泛淋巴照射)，但不能編碼為1(T)；轉移部位或其他被侵犯(involved)之部位放射治療應編碼為4(M)。
- 淋巴結外(extranodal)的HD及NHL，其原發部位之放射治療應編碼為1(T)；其原發部位的區域淋巴結之放射治療應編碼為2(N)；轉移部位或其他被侵犯(involved)之部位放射治療應編碼為4(M)。

- 放射性同位素治療，例如甲狀腺癌的碘131放射性同位素治療或神經母細胞瘤的MIBG含碘131放射性同位素治療，通常是編碼為7，因為其原發腫瘤部位、區域淋巴結及遠端轉移部位全部都有接受到放射劑量。雖然放射性同位素治療會影響到全身各處，但仍不能編碼為16；這是因為16是保留給應用於血液幹細胞移植的前置全身體外放射治療，或應用於抑制免疫排斥、慢性淋巴性血癌或慢性淋巴癌等較罕見之全身體外放射治療。
- 原發表皮淋巴癌或卡波西氏肉瘤之局部皮膚照射應編碼為1(T)；全身皮膚電子射線放射治療應編碼為32；合併局部皮膚照射及全身皮膚電子射線放射治療應編碼為33。
- 如果放射治療是單純的內分泌處置，例如乳癌個案接受卵巢放射治療，其編碼為-1。如果放射治療不僅是傳統直接地破壞腫瘤，也藉由破壞內分泌來間接地抑制腫瘤，這時只需摘錄傳統的腫瘤標靶體積的範圍，而不需考慮加總編碼-1(內分泌處置)。
- 本欄位為「最高放射劑量之臨床標靶體積」，「較低放射劑量之臨床標靶體積」及「其他放射治療的臨床標靶體積」等三項之資料之整合摘要。
- 如果「高腫瘤負荷之臨床標靶體積的範圍」，「低腫瘤負荷之臨床標靶體積的範圍」及「其他放射治療的標靶體積範圍」等三項資料中如果有一項是編碼為-1，而其他項目之腫瘤體積範圍是非常明確可定義的，此時請忽略有-1編碼的項目，而只需要加總其他有明確可定義的腫瘤體積範圍之項目，以計算本項目之最終編碼。
- 胸腺瘤無TNM期別：如果放射治療範圍明確包含肋膜或心包膜的播種轉移(tumor seeding, pleural or pericardial metatasis)，必須當作有治療到遠端轉譯加以編碼。
- 腦瘤無TNM期別：如果放射治療範圍明確包含脊髓液播種轉移(CSF seeding, spinal seeding)或腦膜轉移(meningeal spreading)，必須當作有治療到遠端轉譯加以編碼。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受放射治療。
-1	RT, NOS；RT as endocrine procedure 放射治療，未明示範圍；放射線內分泌處置	• 個案有接受放射治療，但放射範圍未明示。 • 放射治療是單純內分泌處置，藉由破壞內分泌來間接地抑制腫瘤。
0	No radiation therapy 無放射治療	個案未接受放射治療。
1	T 原發腫瘤	放射範圍侷限於局部原發腫瘤。
2	N 區域淋巴結	放射範圍侷限於區域淋巴結。
4	M 遠端轉移	放射範圍侷限於遠端轉移部位。

編碼	標示	定義
8	Extended lymphoid region 廣泛淋巴區域	放射範圍為位於 mini-mantle、mantle、inverted Y 之淋巴組織或全身淋巴照射。本編碼只適用於何杰金氏症及非何杰金氏症個案。
16	Total body/Bone Marrow 全身/全骨髓	全部身體或全骨髓均涵蓋於一次放射範圍內。
32	Total skin 全身皮膚	本編碼只適用於卡波西氏肉瘤、原發表皮淋巴癌或其他疾病需要做全身皮膚電子射線放射治療者。

案例：

編碼	案例
1	眼窩淋巴結外淋巴癌用 4cm x 4cm 照野(portals)放射治療。
4	為轉移性疾病給予全腦放射治療。
1	寡樹突間質瘤(oligodendroglioma)或神經膠母細胞瘤(glioblastoma)個案進行局部(limited)放射治療。
3	左側扁桃腺癌個案，其口咽、上頸部及前鎖骨上區域接受外側對照(opposed lateral)照野放射治療。
1	小型舌側癌個案接受組織插種(interstitial implant)放射治療。
1	於 T1 或 T2 聲門腫瘤進行小外側照野(Small lateral fields)放射治療。
1	為終止肺癌個案之咳血症狀，於右側支氣管/肺門區域進行小照野(small portal)放射治療。
4	因第 4 期淋巴癌或慢性骨髓性白血病(CML)所引起的脾臟功能亢進症而給予放射治療。
3	乳癌腫瘤位於內側(medial)者，其切線照野(tangential fields)必須涵蓋內乳淋巴結區域；如果有 5 個淋巴結被侵犯之個案，應接受乳房切線照野加鎖骨上或腋窩照野之放射治療。
1	為防止局部復發，於乳房切除術後胸壁處給予預防性放射治療；另外，由於已知腫瘤污染，胸廓切開疤痕處也給予放射治療。
4	以反轉(inverted) “T”或“Y”照野來治療個案因攝護腺癌轉移到腰椎及薦椎所引起的疼痛。
4	為減輕骨髓瘤個案因許多「洞孔式(punched out)」病灶造成的不舒服而給予全頭骨(total skull)放射治療。
16	為減少腺病變(adenopathy)或淋巴球數目，慢性淋巴細胞白血病(CLL)個案接受每次

編碼	案例
	10cGy 共 5 次的全身放射治療。
1	高度分化第 1A 期子宮內膜癌個案只接受空腔內治療(intracavitary therapy)。
4	因為轉移病灶侵犯到橈骨而接受前臂遠端之放射治療。
2	個案鼠蹊淋巴結罹患 1A 期何杰金氏症，接受過全身性化學治療及鼠蹊淋巴節之局部放射治療。
1	個案脊椎(spine)出現室管膜瘤(ependymoma)，於部分脊髓處接受放射治療。
4	卵巢癌個案出現左鎖骨上淋巴結轉移，於鎖骨上區域接受放射治療以預防神經性併發症。
3	原發為甲狀腺之淋巴癌個案接受甲狀線及甲狀腺之區域淋巴結放射治療。
4	第 4 期後腹腔淋巴癌合併雙側眼球轉移之個案，眼球接受 4cm ×4cm 照野治療。
1	為終止因原發食道癌直接侵犯所引發的咳血，對右側支氣管/肺門區域進行小照野放射治療。
4	為終止因腎細胞癌轉移至支氣管內所引發的咳血，對右側支氣管/肺門區域進行小照野放射治療。
1	原發為脾臟之淋巴結外淋巴癌所引起的脾臟功能亢進症所進行之放射治療。
1	對胸壁或全乳房有侵犯、但未侵犯至區域淋巴結者所給予之放射治療。
2	第 1 期睪丸精母細胞瘤(seminoma)個案，其周邊大動脈淋巴結(peri-aortic LN)和右總腸骨淋巴結(common iliac LN)進行之選擇性(elective)放射治療。
1	高度分化第 4 期子宮內膜癌個案術後給予陰道壁或內陰道空腔內近距放射治療。
8	第 1A 期何杰金淋巴癌個案接受外套式(mantle)放射治療。
1	胸腺第 IE 期瀰漫性大 B 細胞淋巴癌個案，接受 4 個療程的全身性化學治療及胸腺病灶放射治療。
5	罹患神經管母細胞瘤(medulloblastoma)之兒童接受腦脊髓放射治療 (或全神經軸放射治療)。
7	甲狀腺癌個案接受碘-131 同位素治療。
4	攝護腺癌合併全身成骨性(osteoblastic)骨轉移個案接受鍶-89 放射同位素治療。
32	全身性皮膚 T 細胞淋巴癌個案接受全身皮膚電子放射治療。
1	鼻部皮膚基底細胞癌個案皮膚病灶接受放射治療。
7	非小細胞肺癌併上腔靜脈症候群及單一腦轉移個案，進行原發腫瘤、縱隔腔和全腦之體外放射治療，並對腦轉移處進行追加放射手術治療。

編碼	案例
1	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率(low-dose-rate, LDR)近距放射治療。
3	第 2B 期子宮頸癌個案接受全骨盆體外放射治療及高劑量率(high-dose-rate, HDR)空腔內近距放射治療。
3	原發不明個案其上後頸部淋巴結病變發現有轉移性鱗狀細胞癌，其鼻咽、口咽、下咽和及全頸部接受體外放射治療。
6	原發為多重淋巴結侵犯淋巴癌(C778)，CT 報告描述 huge neck lymph nodules level I directed invasion to tonsil，neck lymph nodules 及 tonsil 同時接受放射治療。
6	醫師診斷 Hodgkin lymphoma，原發部位為 neck lymph node (C770) with tonsil invoment，針對 neck 及 tonsil 接受放射線治療。
6	原發為 Mediastum(C77.1)的 Non-Hodgkin lymphoma，chest CT 報告描述 Mediastum masses and bilateral lung nodules，針對 mediastum and lung 接受放射治療。

放射治療儀器

RT Modality

欄位長度：3

編碼範圍：-9, -1, 0-127

癌登欄位序號 #4.2.1.2

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行放射治療所使用的治療儀器或治療方式。

收錄目的：

可作為治療結果分析之依據。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療儀器通常是記錄在放射治療摘要。
- 本欄位利用簡單可合併加總之代碼的編碼方法，來記錄各種不同的放射治療儀器或方式之組合。

  例如： IIb 期子宮頸癌個案接受體外放射治療(1)及近距放射治療(4)，應編碼為 5。

  例如： 臨床分期 T1N0M1 的非小細胞肺癌個案，合併使用鈷六十體外放射治療(1)照射原發腫瘤，及放射手術(2)治療單一腦轉移，應編碼為 3。
- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。
- 若治療技術為INTRABEAM®或Xoft®，此兩者的放射線能量大約在40到50kVp之間；大多以高劑量率組織插種近距放射治療(Interstitial High-Dose-Rate Brachytherapy)。例如應用於乳癌的APBI (Accerlerated Partial Breast Irradiation) 或 IORT(Intraoperative radiotherapy)。
- 若首次療程中同時有一般傳統放射治療(光子或電子)與粒子(質子或碳離子)治療時，一般傳統光子或電子放射治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；粒子(質子或碳離子)治療則需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位。
- 若首次療程僅接受粒子治療且同時使用質子與碳離子，但無一般傳統光子或電子放射治療時，質子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；而碳離子治療登錄需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位。
- 若首次治療為單一種粒子治療(質子或碳離子)，但無一般傳統光子或電子放射治療時，

此粒子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受放射治療。
-1	RT modality, NOS 有放射治療，詳情不明	個案有接受放射治療，但未明示使用的治療儀器或方法。
0	No radiation therapy 無放射治療	個案未接受放射治療。
1	External Beam Radiation Therapy 一般體外放射治療	• 包括鈷六十機(cobalt unit)、光子射線或電子射線之直線加速器(photon beam or electron beam from linear accelerator)及螺旋式斷層治療機(tomotherapy)。 • 治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次。
2	Radiosurgery 放射手術	• 使用加馬刀(Gamma Knife)、Linac-based放射手術、電腦刀(Cyberknife)、Zap-X放射手術。 • 立體定位放射手術(Stereotactic radiosurgery)：治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次。
4	Brachytherapy 近距放射治療	近距放射治療、組織插種(interstitial implants)、molds、seeds、needles 或 intracavitary applicators of radioactive materials。
8	Radioisotopes 放射線同位素治療	注射放射性同位素，如：碘-131(I-131)、鍶-89(Sr-89)等物質進入體內。
16	Protons therapy 質子治療機	利用質子射線進行體外放射治療。
32	Other Charged Particles or Neutron Therapy 其他帶電荷粒子或中子治療機	利用帶電荷粒子射線或中子射線進行體外放射治療。
64	硼捉中子治療(BNCT)	硼捉中子治療(Boron Neutron Capture Therapy)。

- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考下方表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

臨床情境 - 放射治療儀器代碼組合							編碼方式		
1	**2**	**4**	**8**	**16**	**32**	**64**	**4.2.1.2**	**4.2.2.1**	**4.2.3.1**
光子治療	放射手術	近距放射治療	同位素放射治療	質子治療	碳離子治療	BNCT	放射治療儀器	體外放射治療技術編碼組合範圍	其他放射治療儀器
1	0	0	0	0	0	0	1	1~15 +/- 32, 64	0
1	2	0	0	0	0	0	3	1~15 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	0	0	0	5	1~15 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	0	0	0	9	1~15 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	16	0	0	17	1~15 +/- 32, 64	16
1	0	0	0	0	32	0	33	1~15 +/- 32, 64	32
1	0	0	0	0	0	64	65	1~15 +/- 32, 64	64
1	2	0	0	16	0	0	19	17~24 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	16	0	0	21	17~24 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	16	0	0	25	17~24 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	16	0	64	81	17~24 +/- 32, 64	64
1	2	0	0	0	32	0	35	17~24 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	0	32	0	37	17~24 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	0	32	0	41	17~24 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	0	32	64	97	17~24 +/- 32, 64	64
1	0	0	0	16	32	0	49	17~24 +/- 32, 64	32
0	0	0	0	16	0	0	16	1~15 +/- 32, 64	0
0	0	0	0	0	32	0	32	1~15 +/- 32, 64	0
0	2	0	0	16	0	0	18	1~15 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	16	0	0	20	1~15 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	16	0	0	24	1~15 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	16	0	64	80	1~15 +/- 32, 64	64
0	2	0	0	0	32	0	34	1~15 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	0	32	0	36	1~15 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	0	32	0	40	1~15 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	0	32	64	96	1~15 +/- 32, 64	64
0	0	0	0	16	32	0	48	1~15 +/- 32, 64	32
0	2	0	0	16	32	0	50	17~24 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	16	32	0	52	17~24 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	16	32	0	56	17~24 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	16	32	64	112	17~24 +/- 32, 64	64

範例：

編碼	案例
33	攝護腺癌個案在申報醫院接受骨盆放射治療，再轉診到其他醫學中心做追加實驗性中子治療。(委託他院執行部分放射治療，須整併他院放射治療資料完整申報。)
5	個案接受乳房保留手術，在作 excisional biopsy 之時，並將銥-192(Ir-192)植入並留置 3 天作為追加空腔內放射治療，之後再進行全乳房 6MV 光子治療。此個案的「追加」治療是在區域治療之前執行的。
33	第 3 期攝護腺癌個案進行的試驗性治療計畫，其骨盆接受 4500 cGy 的 15MV 光子治療，之後攝護腺再追加照射 600cGy 的中子治療。
5	子宮頸癌個案其骨盆接受 4500cGy 的 15MV 體外放射治療，之後再接受 2 個 Fletcher 空腔內治療。
1	腮腺癌個案每天接受放射治療，其中 60%來自 15MV 的光子射線治療，40%來自 16MV 的電子射線治療。
4	頭頸癌個案從外院轉診至申報醫院做追加高劑量率近距放射治療，有關外院詳細的治療紀錄闕如。
1	乳癌個案接受乳房及同側鎖骨上窩 6MV x-rays 之放射治療。
8	甲狀腺癌個案接受碘-131 同位素治療。
3	非小細胞肺癌個案併上腔靜脈症候群及單一腦轉移，於其原發腫瘤、縱隔腔和全腦給予體外放射治療，並對腦轉移追加放射手術治療。
4	T1N0M0 攝護腺癌個案僅接受攝護腺低劑量率近距放射治療。
17	肺癌個案於 2015/10/27 至 2015/12/24 執行光子放射治療；於原發部位及區域淋巴結使用 3D Conformal RT 治療 2000cGy/10 次，並以 RapidArc with IG 追加治療原發腫瘤 1000cGy/5 次；另於 2015/11/19 至 2015/12/17 再接受質子治療，於原發部位及區域淋巴結使用 2-Ports Ridge Filter 治療 4000 cGy/20 次。
16	肺癌個案於 2016/4/8 至 2016/4/22 執行質子治療(Proton radiotherapy)，於原發部位及區域淋巴結使用 Wobbling uniform scanning technique 治療 5500 cGy/10 次。
21	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **<u>Proton</u>** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **<u>Photon</u>** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **<u>Brachytherapy</u>**: Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx. 放射治療儀器編碼為 21 (1:光子治療+ 4:近距放射治療+ 16:質子治療)。

放射治療開始日期 欄位長度：8

Date of RT Started

癌登欄位序號 #4.2.1.3

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行放射治療的開始日期。

收錄目的：

在併用多重治療模式中，病理期別是很多癌症的重要預後因素，也是決定後續輔助治療與否的依據，因此記錄個別治療方式之時間順序及實際間隔，是非常重要的；手術前的放射治療可能會改變期別，並影響其應用於分析評估之使用方式。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 如果是多重放射治療模式(例如子宮頸癌的合併體外放射治療及體內近距放療)，「放射治療開始日期」必須記載的是整個多重放射治療模式的開始日期。
- 如果放射治療是個案首次療程中唯一的療法，則「放射治療開始日期」必須與「首次療程日期」吻合。
- 治療日期通常是記錄在放射治療摘要。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案於申報醫院所接受放射治療的開始日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
00000000	• 沒有進行任何的放射治療。 • 由屍體解剖而診斷為癌症。
88888888	治療計畫中已經擬定準備要放射治療，但是在最近一次的追蹤，還尚未給予放射治療，這時候要編碼為 88888888。應於下一次追蹤時，更新其治療日期。
99999999	• 不知道個案是否有接受放射治療。 • 個案有接受放射治療，但是接受放射治療的日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20031215	個案於民國 92 年 12 月 15 日接受體外放射治療。
20031012	惡性腦瘤個案於民國 92 年 10 月 12 日接受加馬刀立體型放射手術。
20031012	非小細胞肺癌個案因腦轉移於 2003/10/12 做立體定位加馬刀放射手術，隨後於 2003/12/15 至 2003/12/30 接受 12 次總劑量 30Gy 的全腦放射治療。
20031121	非小細胞肺癌個案於 2003/11/21 至 2003/12/10 接受 12 次總劑量 30Gy 的全腦放射治療，再於 2003/12/12 對腦轉移做立體定位加馬刀放射手術。
20060401	個案罹患巨大(bulky)之 2B 期子宮頸鱗狀細胞癌，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再於 Point A 處給予 6 次各 500cGy 之銥-192(Ir-192)的空腔內高劑量率近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg 之化學藥物治療。
20060401	個案罹患巨大之 2B 期子宮頸鱗狀細胞癌，於 2006/04/01 至 2006/04/30 先接受總劑量 39.6Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療；接著再於 Point A 給予 6 次各 500cGy 銥-192 的腔內高劑量率近距放射治療(2006/05/05 及 2006/05/07 給予 500cGy x3，再於 2006/05/19 及 2006/05/20 給予 500cGy x3)；最後於 2006/06/01 至 2006/06/08 再接受另外 6 次總劑量達 10.8Gy 的子宮旁結締組織(parametrial)之放射治療。體外放射治療期間並同時給予兩個療程的 Cisplatin 100mg 藥物治療。

放射治療結束日期 欄位長度：8

Date of RT Ended

癌登欄位序號 #4.2.1.4

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行放射治療的結束日期。

收錄目的：

整個放射治療療程的長短是腫瘤控制及併發症的重要因素。此資訊可作為放療之品質指標，及應用於藉以維持不中斷持續放療的輔助療法之成效評估。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 如果是多重放射治療模式(例如子宮頸癌的合併體外放射治療及體內近距放療)，「放射治療結束日期」必須記載的是整個多重放射治療模式的結束日期。
- 治療結束日期通常是記錄在放射治療摘要。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案於申報醫院裡所接受放射治療的結束日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
00000000	• 沒有進行任何的放射治療。 • 由屍體解剖而診斷為癌症。
88888888	• 個案正接受首次療程中的放射治療，療程仍未結束。應於下一次追蹤時，更新其治療日期。 • 首次治療計畫中已經擬定準備要放射治療，但是在最近一次的追蹤，尚未給予放射治療。應於下一次追蹤時，更新其治療日期。
99999999	• 不知道個案是否有接受放射治療。 • 個案有接受放射治療，但是放射治療結束日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20050104	個案於 2004/12/15 至 2005/01/04 接受區域放射治療。
20060404	腦腫瘤個案在 2006/04/04 接受立體定位加馬刀放射手術。

編碼	案例
20031230	非小細胞肺癌個案因腦轉移在 2003/12/12 接受立體定位加馬刀放射手術，接著於 2003/12/15 至 2003/12/30 接受 12 次總劑量 30Gy 的全腦放射治療。
20031212	非小細胞肺癌個案於 2003/11/21 至 2003/12/10 接受 12 次總劑量 30Gy 的全腦放射治療，接著再於 2003/12/12 對腦轉移做立體定位加馬刀放射手術。
20060616	個案罹患巨大之 2B 期子宮頸鱗狀細胞癌，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再於 Point A 給予 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg 化學治療。
20060608	個案罹患巨大之 2B 期子宮頸鱗狀細胞癌，一開始於 2006/04/01 至 2006/04/30 接受總劑量達 39.6Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/05/05 及 2006/05/07 給予 500cGy x3，再於 2006/05/19 及 2006/05/20 給予 500cGy x3)。最後再於 2006/06/01 至 2006/06/08 接受額外 6 次總劑量達 10.8Gy 的子宮旁放射治療。體外放射治療期間並同時給予兩個療程的 Cisplatin 100mg 化學治療。

放射治療與手術順序

Sequence of Radiotherapy and Surgery

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -8, -7, -6, -1, 0-7

癌登欄位序號 #4.2.1.5

欄位敘述：

記錄在**任何醫療機構**的首次療程中，針對治療區域，放射治療及手術的時間順序關係。

收錄目的：

放射治療及手術的時間順序關係可能無法由相關日期直接計算得知。此項目提供更詳實的時間順序關係。

編碼指引：

- **本欄位僅比較原發部位(T)及區域淋巴結(N)之放射治療與手術順序，遠端部位(M)屬於不同治療範圍不列入比較。**
- 本欄位手術定義範圍：(1) 原發部位手術編碼為20-90之處置，(2)區域淋巴結手術範圍編碼為3-7之處置。

  例外：攝護腺癌手術編碼為21-23、25時，不需比較治療順序。
- 首次療程無放射治療，不論是否有接受手術，皆編碼為0。
- 如果首次療程有放射治療而無手術，應編碼為-8(未手術)。
- 血液腫瘤疾病及遠端轉移個案，應編碼為-7。

  例外：結外淋巴癌(Extranodal lymphoma)仍需比較治療順序。
- 首次療程有手術也有放射治療但治療範圍不同，應編碼為-7。

  例如：原發部位手術合併預防性腦部轉移放射治療。
- 接受遠端部位**預防性放射治療**個案：(1)未合併原發部位或區域淋巴結手術應編碼-8，(2)有合併原發部位或區域淋巴結手術應編碼-7。

  例如：甲狀腺癌接受碘-131 治療，因原發部位、區域淋巴結、遠端部位皆會受到放射治療，則視為遠端部位有做預防性照射，應編碼為-7。
- TACE歸類為區域化學治療且非手術，勿將此治療納入放射治療及手術治療時間順序的考量。
- 其他治療不需列入放射治療及手術治療之順序比較。

編碼1、2、4是可合併相加來代表所有可能的放射治療及手術治療之順序關係。例如：一個極罕見的個案接受手術前、手術中及手術後放射治療，其編碼為7(=1+2+4)。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 資料缺漏	不清楚是否有手術或放射治療
-8	No surgery 未手術	• 首次療程中個案有原發部位及區域淋巴結放射治療，但未接受原發部位及區域淋巴結手術 • 無原發部位或區域淋巴結手術，接受遠端部位預防性放射治療
-7	No need to compare 不需比較順序	• 結內淋巴癌、血液腫瘤疾病或遠端轉移個案 • 首次療程包含手術及放射治療，但治療範圍不同。
-6	More than two locoregionl surgeries, and have locoregionl radiation therapy 有兩次以上原發部位或區域淋巴結手術，無法決定順序	有兩次或兩次以上手術，而且兩次手術期間有進行原發部位或區域淋巴結放射治療
-1	Sequence unknown 順序未明	首次癌症療程中有手術也有放射治療，但順序未明
0	No radiation therapy 無放射治療	• 首次癌症療程中個案未接受放射治療 • 首次療程不含放射治療亦不含手術
1	Pre-operative radiation therapy 手術前放射治療	手術前接受放射治療以縮小腫瘤
2	IORT 手術中放射治療	手術中接受放射治療殘存或可能殘存的腫瘤
4	Post-operative radiation therapy 手術後放射治療	手術後放射治療以降低局部復發率

範例：

編碼	案例
-8	3B 子宮頸癌個案於子宮頸圓錐狀切片(cone biopsy)後，再進行空腔內近距放射治療。
-8	胃部淋巴癌個案因年邁僅接受胃局部放射治療。
-8	個案因為有其他醫療狀況而未接受手術，只接受緩和性放射治療來舒緩疼痛。
-8	侷限期(Limited stage)小細胞肺癌個案接受腦部***預防性***放射治療，無接受手術治療。
-7	侷限期(Limited stage)小細胞肺癌個案接受腦部***預防性***放射治療，並接受肺葉切除。

編碼	案例
-7	大腸癌個案合併肝轉移，接受肝葉切除後再進行化學治療。
-6	個案於 2011/03/01 接受區域淋巴結手術，2011/03/05 原發部位接受放射治療，2011/03/07 接受原發部位手術。
0	胃部淋巴癌個案接受僅接受化學治療
4	舌根部鱗狀細胞癌僅接受頸部淋巴結根除術，原發部位未切除，再接受頭頸部放射治療
4	扁桃腺鱗狀細胞癌接受扁桃腺摘除後，接受頸部放射治療
1	肺部大型病灶先接受放射治療，之後再接受切除手術。
4	以楔狀切除術切除右側乳房腫塊及腋下淋巴結後，右側乳房再接受放射治療。
5	外陰部巨大病灶於手術前先給予放射治療，再切除淋巴結。之後於其陽性淋巴結處再接著放射治療。
5	第 4 期陰道癌個案以 5,000cGy 治療骨盆後，再切除淋巴結及給予 2,500cGy 空腔內近距放射治療。
-1	頭頸部原發未明腫瘤於住院前已在外院先接受過手術及放射治療，但順序不清楚。此次為了接受化學治療而入院。
1	CSRT ➔ OP
1	CSRT ➔ OP ➔ ST
1	CSRT ➔ ST ➔ OP
1	CSRT ➔ ST ➔ OP ➔ ST
-8	CSRT ➔ ST, No OP
-8	CSRT only , No OP
4	OP ➔ CSRT ➔ ST
4	OP ➔ **RT** ➔ ST
4	OP ➔ **RT**, No ST
4	OP ➔ ST ➔ CSRT
4	OP ➔ ST ➔ **RT**
0	OP only, No ST, No **RT**
5	**RT** ➔ OP ➔ **RT**, No ST
1	**RT** ➔ OP ➔ ST

編碼	案例
1	**RT** ➔ OP, No ST
1	**RT** ➔ ST ➔ OP
1	**RT** ➔ ST ➔ OP ➔ ST
-8	**RT** only, No OP, No ST
1	ST ➔ CSRT ➔ OP
1	ST ➔ CSRT ➔ OP ➔ ST
-8	ST ➔ CSRT ➔ ST, No OP
-8	ST ➔ CSRT, No OP
0	ST ➔ OP ➔ ST, No **RT**
0	ST ➔ OP, No **RT**
1	ST ➔ **RT** ➔ OP
1	ST ➔ **RT** ➔ OP ➔ ST
-8	ST ➔ **RT** ➔ ST, No OP
-8	ST ➔ **RT**, No OP
0	ST only, No **RT**, No OP for M0
4	ST ➔ OP ➔ ST ➔ CSRT
4	ST ➔ OP ➔ CSRT ➔ ST
4	ST ➔ OP ➔CSRT

備註：ST: Systemic Therapy, Op: Surgery, CSRT:Concurrent systemic and radiation therapy

區域治療與全身性治療順序

Sequence of Locoregional Therapy and Systemic Therapy

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -8, -7, -1, 0-7

癌登欄位序號 #4.2.1.6

欄位敘述：

記錄在**任何醫療機構**的首次療程中，針對原發部位的手術或放射治療，與全身性治療的時間順序關係。

收錄目的：

區域治療與全身性治療的時間順序關係可能無法由相關日期直接計算得知。此項目提供經判斷後更直接正確的時間順序關係。

編碼指引：

- 本欄位僅比較**全身性**藥物治療與區域治療的時間順序；若個案同時接受全身性、局部性藥物治療及區域治療，應優先摘錄**全身性**藥物治療與區域治療的順序。
- 藥物治療分為全身性及局部性藥物治療，定義如下：
  - 全身性藥物治療：包括全身性化學藥物治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療及標靶治療等藥物治療。
  - 局部性藥物：包括動脈栓塞化學治療(TACE)、intraperitoneal、intrapleural、intrathecal、intravesical、intraocular、 intratumoral。

  注意：骨髓/幹細胞或內分泌治療不屬於藥物治療，不應列入比較順序。
- 區域治療定義為首次療程中的手術治療及放射線治療；手術定義範圍為原發部位手術編碼為20-90之處置。

  例外：攝護腺癌手術編碼為21-23、25時，不需比較治療順序。
- 若個案有兩次以上原發部位手術，則以原發部位最確切手術為主。
- 若首次療程有全身性藥物治療而無區域治療，應編碼為-8(不論是否有局部性藥物治療)。
- 若首次療程僅有局部性藥物治療而未使用全身性藥物治療，應編碼為-7(不論是否有區域治療)。
- 如果首次療程無藥物治療，不論是否有接受區域治療，皆編碼為0。
- 血液腫瘤疾病及遠端轉移個案，應編碼為-1。

  例外：結外淋巴癌(Extranodal lymphoma)仍需比較治療順序。
- 編碼2主要應用於同步全身性藥物放射治療(Concurrent systemic and radiation therapy，CSRT)。但也可以用於手術旁全身性藥物治療(perioperative chemotherapy)。

注意:同步全身性藥物放射治療(CSRT)的定義為個案同時接受放射治療與全身性藥物治療；若接受放射治療前後14天內有給予全身性藥物治療，可視為有接受CSRT。但放射治療結束後一個月仍持續接受全身性藥物治療，應視為輔助治療。

- 編碼1、2、4是可合併相加來代表所有可能的區域治療與全身性藥物治療之順序關係。

例如：一個極罕見之個案接受放射治療前、放射治療中及放射治療後全身性治療，其編碼為 7，相當於 1(導引療法)+ 2(同步療法)+ 4 (輔助療法)。

注意：乳癌個案若於手術前接受荷爾蒙治療，但主責醫師未明示為Neoadjuvant hormone therapy，應詢問主責醫師是否視為Neoadjuvant hormone therapy。

- 其他治療不需列入區域治療與全身性治療之順序比較。
- 雙盲試驗治療需列入區域治療與全身性治療之順序比較。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 資料缺漏	不清楚是否有區域療法與全身性治療
-8	No regional therapy 無區域治療	• 首次療程有全身性藥物治療而無區域治療 (不論是否有局部性藥物治療)
-7	Locoreginal medical therapy 局部性藥物治療	• 首次療程僅有局部性藥物治療而未使用全身性藥物治療 (不論是否有區域治療)
-1	Sequence unknown；Systemic therapy as the major treatment modality 順序未明；全身性治療為最主要的療法	• 首次療程中有區域治療與全身性治療，但順序未明 • 結內淋巴癌、血液腫瘤疾病或遠端轉移個案
0	No medical therapy 無藥物治療	首次療程中不含化學藥物、荷爾蒙、免疫及標靶治療，不論是否有接受區域治療
1	Induction/Neoadjuvant 導引/前導性輔助療法	• 手術前進行全身性治療 • 當放射治療是主要的局部治療方式時，全身性治療在放射治療前進行 • 先給予全身性治療再進行術前放射治療
2	Concurrent/Concomitant 同步療法	• 全身性藥物治療與區域治療同步進行 • 全身性化學治療同步放射治療(CCRT) • 手術旁全身性藥物治療 (perioperative chemotherapy)

編碼	標示	定義
4	Adjuvant 輔助療法	• 手術後進行全身性治療 • 當放射治療是主要的局部治療方式(definitive RT)時，全身性治療在放射治療後進行

範例：

編碼	案例及原因
7	cT3N2M0 非角質化鼻咽癌個案先接受 2 個療程的導引性輔助化療，再接受同步化放療，並於完成放射治療後再額外給予 3 個療程的輔助化療。
5	cT3N0M0 乳癌個案接受前哨淋巴結切片後，在接受新輔助治療進行部分乳房切除手術，又輔助化療。
4	T3N1M0 乳癌個案接受改良式根除乳房切除術(MRM)和輔助化療後，再接受胸壁和鎖骨上窩之體外放射治療。
2	個案之肛緣上方有一個 5 公分的 cT3N0M0 直腸癌，在接受低前位切除術(LAR)前先接受同步化放療。
-7	膀胱癌個案當天同時做 TURBT 治療及 intravescial instillation of mitomycin-C 治療
1	肝癌個案於 2011/03/01 接受 TACE 及全身性化學治療，2011/03/10 接受原發部位手術。
-7	肝癌個案於 2011/03/01 接受 TACE，2011/03/10 接受原發部位手術。
0	肝癌個案於 2011/03/10 接受原發部位手術。
2	卵巢癌個案 Debukling 手術前，當日給予 Picibanil (OK-432)藥物。
4	胃結外淋巴癌個案於 2011/03/10 接受原發部位手術，2011/03/25 接受化學藥物治療。
2	CSRT ➔ OP
6	CSRT ➔ OP ➔ **ST**
2	CSRT ➔ OP ➔ CSRT
3	CSRT ➔ **ST** ➔ OP
7	CSRT ➔ **ST** ➔ OP ➔ **ST**
6	CSRT ➔ **ST**, No OP
2	CSRT only , No OP
2	OP ➔ CSRT
6	OP ➔ CSRT ➔ **ST**
4	OP ➔ RT ➔ **ST**

編碼	案例及原因
0	OP ➔ RT, No **ST**
6	OP ➔ **ST** ➔ CSRT
4	OP ➔ **ST** ➔ RT
0	OP only, No **ST**, No RT
0	RT ➔ OP ➔ RT, No **ST**
4	RT ➔ OP ➔ **ST**
0	RT ➔ OP, No **ST**
1	RT ➔ **ST** ➔ OP
5	RT ➔ **ST** ➔ OP ➔ **ST**
0	RT only, No OP, No **ST**
3	**ST** ➔ CSRT ➔ OP
7	**ST** ➔ CSRT ➔ OP ➔ **ST**
7	**ST** ➔ CSRT ➔ **ST**, No OP
3	**ST** ➔ CSRT, No OP
5	**ST** ➔ OP ➔ **ST**, No RT
1	**ST** ➔ OP, No RT
1	**ST** ➔ RT ➔ OP
5	**ST** ➔ RT ➔ OP ➔ **ST**
5	**ST** ➔ RT ➔ **ST**, No OP
1	**ST** ➔ RT, No OP
-1	**ST** for M1, with or without RT/OP
-8	**ST** only, No RT, No OP for M0
7	**ST**➔OP➔ CSRT ➔ **ST**
7	**ST**➔OP➔ **ST** ➔ CSRT
3	**ST**➔OP➔CSRT

備註：ST: Systemic Therapy, Op: Surgery, CSRT:Concurrent systemic and radiation therapy

放射治療執行狀態

RT Status

欄位長度：2

編碼範圍：00-10,99

癌登欄位序號 #4.2.1.8

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，接受放射治療的執行狀態。

收錄目的：

有助於了解建議之治療模式未被採用的理由及確認治療的執行度。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 若「放射治療臨床標靶體積摘要」的編碼是00，則根據病歷摘錄沒有放射治療的原因。
- 若有主責醫師提供個案多種治療模式(multiple modalities)的選擇，而個案未採用建議中含放射治療選項的治療模式，而選擇建議中的其他治療方式，應編碼為01。
- 個案或其家屬拒絕治療，應編碼為07。
- 編碼為08的個案，應持續追蹤以確定更適當之編碼。
- 若有多種治療建議，但不清楚個案的選擇，應編碼為99。

編碼	定義
00	個案僅於申報醫院接受首次療程的放射治療。
01	放射治療非既定之首次療程計畫中的一部分。
02	放射治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
03	放射治療因疾病進展而未建議或給予。
04	個案於申報醫院接受首次療程的放射治療，但病人因個人因素(例如：併發症、體力不佳、副作用、死亡等)未完成既定放射治療之療程。
05	放射治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受前即死亡或病危出院。
06	放射治療是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷也未記載未執行的原因。
07	放射治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但病歷記載個案或其家屬拒絕放射治療。
08	放射治療雖是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。
09	個案僅於外院接受首次療程的放射治療。

編碼	定義
10	個案於外院及申報醫院皆接受首次療程的放射治療。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道放射治療是否有被建議或是已經執行。 • 個案是在死後解剖後才診斷癌症、或僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
01	第 1 期攝護腺癌個案，治療計畫可為手術或近距放射治療，個案選擇手術治療。

體外放射治療技術

EBRT Technique

欄位長度：3

編碼範圍：-9, -1, 0-111

癌登欄位序號 #4.2.2.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行體外放射治療所使用的技術。

收錄目的：

本項目的資料有助於分析治療技術與治療效果的關係。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 體外放射治療技術通常是記錄在放射治療摘要。
- 一個體外放射治療療程可以是在單一階段完成，也可能需要數個階段才能完成。單一階段體外放射治療的典型病例是症狀緩解的放射治療，30Gy分成12次完成；頭頸癌的放射治療往往需要分成兩個階段:首先第一階段照射對於含可辨識腫瘤及其附近可能有顯微性侵犯區域的大範圍給予25次共50Gy的照射，然後第二階段針對可辨識腫瘤10次共20Gy的照射。
- 每個階段的放射治療技術應先分別編碼，然後加總得到最後的整個療程的編碼。如果同一治療技術在多個階段被使用，只需記載一次而不可重複累進計算至整個療程的編碼。
- 如果放射治療摘要只記載電腦斷層模擬定位(CT Simulation)而未記載三維順形放射療法或強度調控放射療法，只可以編碼為1(二維或簡單電腦斷層定位)。
- 斷層放射療法是一種特殊的強度調控放射療法，因此用特別獨立代碼8來登錄；不要重複使用代碼4於斷層放射療法。
- 如果在個別階段使用到以下幾個編碼：1(二維或簡單電腦斷層定位)；2(三維順形放射療法)；4(強度調控放射療法)；8(斷層放射療法)。每個治療只登錄最高的編碼，再將各階段的最高碼相加成為整個療程的最後加總編碼，如果各階段的放射治療有重複，在加總時只能使用一次。
- 影像導引放射治療(編碼32)及呼吸監控技術(編碼64)只有在放射治療摘要有特別記載時，才可加以登錄。而且此二者不太可能在二維放射時使用，因此綜合編碼如果是33、65及97，應重複稽核其正確性。
- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。

- 如果諾力刀(Novalis)被當成先進體外放射治療技術使用，而不是用於放射手術，應視為IMRT登錄於本項目。
- 如果放射治療摘要記載該療程有使用數種放射技術，但未能明確地顯示出所使用的各種放射技術在時程上之相互順序關係，癌症登記師可以逕行加總編碼。
- 質子治療需區分使用技術；若個案僅接受質子治療，請根據使用技術之不同來編碼1、2或4。
- 若放射治療包含三種治療方式：(1)光子治療、(2)質子或碳離子治療與(3)放射手術或近接放射治療時，其中放射手術或近接放射治療的資訊，應摘錄於4.2.3「其他放射治療」相關欄位中；而光子治療及質子或碳離子治療這兩種治療方式，則摘錄於4.2.2.1「體外放射治療技術」相關欄位中。當光子和質子或碳離子摘錄於「體外放射治療技術」時，**僅**需摘錄光子照射技術，依1、2、4、8、32、64加總編碼，再加上編碼16。
- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考 4.2.1.2「放射治療儀器」的臨床情境組合表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 資料缺漏	不清楚是否有體外放射治療
-1	EBRT, NOS 體外放射治療儀器不明	有體外放射治療但其詳細儀器不明
0	No EBRT 無體外放射治療	無體外放射治療
1	• 2D/Simple CT Simulation 二維或簡單電腦斷層定位 • Particle Passive Scattering 被動散射粒子治療	• 二維或簡單電腦斷層定位 • 粒子治療採用被動散射 (Passive scattering)技術達成 SOBP(Spread Out Bregg Peak)
2	• 3D Conformal RT 三維順形放射治療 • Activeive Scanning with Single Field Uniform Dose (SFUD) 主動掃描均勻照野粒子治療	• 三維順形放射治療 • 粒子治療採用主動掃描(Active scanning)技術達成 SOBP (Spread Out Bregg Peak)，但個別照野採用均勻劑量(Single Field Uniform Dose，SFUD)
4	• IMRT 強度調控放射治療 • IMPT 強度調控粒子治療	• 固定角度強度調控放射治療(Intensity Modulated Radiation Therapy) 包括：滑動窗口動態多葉式準直儀(Sliding window, dynamic multi-leaf collimator, dMLC)，或一停頓一照射的靜態準直儀(step-and-shoot or stop-and-shoot)，或諾力刀

編碼	標示	定義
		(Norvalis) • 強度調控粒子治療 (Intensity Modulated Particle Therapy)，注意：IMPT 利用主動掃描(Active scanning)技術達成SOBP，但主動掃描不等於IMPT
8	旋轉式強度調控放射治療	旋轉式強度調控放射治療包括： • 扇形放射線束強度調控放射治療：螺旋式(helical，Tomotherapy®斷層放射治療)、步進式(axial，Peacock®)。 • 體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或全體積強度調控弧形放射治療(VMAT®)。
16	Mixed Photon and Charged Particle Therapy, or mixed Charged Particle Therapy (mixed proton and carbon ion therapy) 合併光子和帶電粒子治療或合併質子和碳離子治療	• 此編碼僅適用於放射治療包含三種治療：光子治療、質子或碳離子治療，與放射手術或近接放射治療。 • **此編碼不可單獨摘錄，必須加總體外放射技術編碼1、2、4、8、32、64。**
32	IGRT 影像導引放射治療	影像導引放射治療(Image-guided radiation therapy)使用內建或外加式影像擷取器材以改善體外放射治療執行時的精確性。
64	Respiratory Control Radiotherary 呼吸監控技術	透過電腦呼吸監控技術可以改善胸腹部癌症執行時的精確性 包括：Respiratory Gaiting、Respiratory Tracking、Active Breath Control(ABC)。 不包括：Abdomal Compression、Breath Hold。

範例：

編碼	案例及原因
1	對乳癌個案使用簡單電腦斷層定位，其乳房和同側鎖骨上窩接受 6MV x-rays 放射治療。
0	甲狀腺癌個案接受碘-131 同位素治療。
1	非小細胞肺癌個案合併上腔靜脈症候群及單一腦轉移，其原發腫瘤、縱隔膜和全腦接受緩和性的二維體外放射治療，腦轉移並追加放射手術。
0	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受過攝護腺低劑量率近距放射治療。

編碼	案例及原因
35	乳癌個案使用 3D-CRT + IGRT 5000cGy 再以 2D electron beam appositional boost to tumor bed (surgical scar) to 6200 cGy。
36	Gleason's score 為 5+5 之攝護腺癌個案，期別為 T2N0M0，接受 45 次總劑量 81Gy 的強度調控放射療法(IMRT)。為能精確定位標靶，每日執行該項放射治療的同時併用影像導引放射療法(IGRT)。
6	T2N2M0 鼻咽癌個案先接受 20 次三維順形放射治療至總劑量達 40Gy 後， 接續再以 35 次強度調控放射療法(IMRT)追加總劑量達 70Gy。
4	T2N2M0 鼻咽癌個案的顯著腫瘤體積(GTV)接受 35 次總劑量 70Gy 的強度調控放射療法(IMRT)，並用同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)對緊臨的臨床標靶體積追加 35 次總劑量 63Gy 的治療。
1	IIB 子宮頸癌個案接受全骨盆 2D box 放射治療後，再對原發腫瘤進行高劑量率空腔內追加治療。
66	無法手術的 cT1N0M0 非小細胞肺癌個案，其顯著腫瘤體積接受 35 次總劑量 70Gy 的呼吸調控三維順形放射療法。
4	鼻咽癌個案一開始其原發腫瘤及上頸區域接受強度調控放射療法(IMRT)，下頸區域接受 3D 前側照野，放射治療次數達 20 次，總劑量為 50Gy；之後再對顯著腫瘤體積給予 10 次總劑量 20Gy 的強度調控放射療法。對於前項第一階段混合技術中強度調控放射療法和 3D 的編碼分別為 4 和 2，以最高編碼 4 為該階段編碼；第二階段的強度調控放射療法的編碼為 4。由於不同階段相同的編碼只能計算一次，故整個療程的合併編碼為 4。
42	肺癌個案於 2015/10/27 至 2015/12/24 執行光子放射治療；於原發部位及區域淋巴結使用 3D Conformal RT 治療 2000cGy/10 次，並以 RapidArc with IG 追加治療原發腫瘤 1000cGy/5 次；另於 2015/11/19 至 2015/12/17 再接受質子治療，於原發部位及區域淋巴結使用 2-Ports Ridge Filter 治療 4000 cGy/20 次。
1	肺癌個案於 2016/4/8 至 2016/4/22 執行質子治療(Proton radiotherapy)，於原發部位及區域淋巴結使用 Wobbling uniform scanning technique 治療 5500 cGy/10 次。
56	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **Proton** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **Photon** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **Brachytherapy**: Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx. 體外放射治療技術編碼為 56 (8 Rapid Arc +16 Mixed photon and proton + 32 IGRT)。

最高放射劑量臨床標靶體積

Target of CTV_H

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -1, 0-63

癌登欄位序號 #4.2.2.2.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，利用放射線涵蓋之局部原發腫瘤(T)，區域淋巴結(N)或遠端轉移(M)來區分並記錄體外射治療中接受最高劑量的目標區域之範圍。一般而言，此最高劑量區域也就是腫瘤負荷最重的區域。

收錄目的：

在作治療效果分析時，放射腫瘤醫師會將局部治療失敗的因素分為下列四類：

1. 治療部位：是在原發部位失敗，還是淋巴引流區域失敗。
2. 腫瘤負荷的輕重：是在臨床可辨識的顯著腫瘤體積(GTV)內失敗，還是在可能有顯微性侵犯的臨床標靶體積內(CTV)內失敗。
3. 治療是否涵蓋足夠的範圍：是在放射治療範圍內失敗，是在放射治療邊緣失敗，還是在放射治療範圍外失敗。
4. 腫瘤的放射線敏感度(Radiosensitivity)：失敗是否和腫瘤病理及其分化程度相關。
5. 本項目 CTV_H 合併前兩點的資訊以供未來分析之用。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 臨床標靶體積的範圍通常是記錄在放射治療摘要。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的治療範圍。
- 手術中放射治療的標靶體積的範圍也可能記錄在腫瘤醫師所撰寫外科手術摘要中。
- 沒有一定或絕對的數值來定義放射劑量的高低。CTV_H的最高放射線劑量及CTV_L的較低劑量，只代表該放射療程中，個案接受到最高和次高放射劑量的臨床標靶體積相對的高低劑量關係，並不是用一定或絕對的數值來定義放射劑量的高低。
- 一般而言，CTV_H通常顯著腫瘤體積(GTV)或者是手術切除腫瘤後臨床上無法偵測但相對的高腫瘤負荷(Tumor Burden)及高復發機率的開刀範圍。而CTV_L代表相對低腫瘤負荷的臨床標靶體積。但是也有一些例外：例如子宮頸癌的放射治療，首先是全骨盆體外放射治療，接著追加體外放射治療至子宮頸旁組織(parametrium，T+N)，最後再加上空腔內近距放射治療。在這樣的個案中，只接受全骨盆體外放射治療的CTV_L卻是有較高腫瘤負荷的原發部位，而額外接受追加體外放射治療的CTV_H為腫瘤負荷較低的子宮頸旁組織。但加上空腔內近距放射治療，CTV_L原發部位所接受到的總劑量還是高

於子宮頸旁組織的總劑量。

- CTV_L可能是鄰近於CTV_H的另一個範圍，也可以是圍繞在CTV_H外的區域。
- 有些放射腫瘤醫師會以「區域劑量」(Regional Dose)及「追加劑量」(Boost Dose)的方式來記錄放射治療範圍及劑量。這種報告方式隱喻有一個較大的腫瘤標靶範圍接受了「區域劑量」，而在此大範圍中有一個較小的腫瘤標靶範圍接受了額外的「追加劑量」。一般而言，是在大範圍接受到「區域劑量」後才給予「追加劑量」至小範圍，但有時「追加劑量」會在放射治療的第一階段中先行給與，也可能和「區域劑量」同時給與。
- 如果「放射治療臨床標靶體積摘要」只有記載一個治療範圍及劑量，此治療範圍應登錄於本項目CTV_H。
- 如果「放射治療臨床標靶體積摘要」記載數個治療範圍但接受到相同照射次數及相同劑量，應先合併這些範圍成同一臨床體積後，再判斷是否應登錄至本項目CTV_H(只有單一劑量，或是還有其他臨床標靶體積接受到較低的劑量)，還是應登錄至項目CTV_L(還有其他臨床標靶體積接受到更高的劑量)。
- 如果「放射治療臨床標靶體積摘要」中有三個(含)以上的放射劑量，只需記錄最高的兩個劑量之相關資料。
- CTV_H可以同時涵蓋原發腫瘤、區域淋巴結甚至遠端轉移，其先決條件是這些區域接受到相同次數及相同劑量的放射照射。
- 在臨床實務中，放射腫瘤醫師可能不完全遵循ICRU的建議方式來撰寫放射治療摘要，而直接以詳細的解剖結構名稱來敘述治療的部位。癌症登記人員必須從這些解剖結構名稱直接或間接地判斷治療部位是原發腫瘤、區域淋巴結或是遠端轉移。
- 請依循TNM分期的準則來定義個別癌症的放射治療範圍是否涵蓋(T)局部原發腫瘤及其侵犯程度、(N)區域淋巴結的範圍，和(M)遠端轉移。
- 涵蓋局部原發腫瘤之放射治療標靶體積，不需考慮T的分期，其編碼為1；涵蓋區域淋巴結之放射治療標靶體積，不需考慮N的分期，其編碼為2；涵蓋遠端轉移之放射治療標靶體積，不需考慮實際上轉移部位，其編碼為4。
- 放射治療標靶體積可同時包含局部原發腫瘤、區域淋巴結或遠端轉移等三種範圍之不同組合，請加總上述與T、N、M相關之編碼而得到最後的組合碼記錄之。例如：若局部原發腫瘤和區域淋巴結均包含在放射範圍內，則編碼應為3(=1+2)，因為照射目標為T(1)及N(2)。
- 其他三個可合併相加之編碼：8代表廣泛淋巴照射(包含mini-Mantle / Mantle / inverted Y / total lymphoid irradiation)，16代表全身照射，32代表全身皮膚電子射線放射治療。
- 代碼8只適用於何杰金氏症(Hodgkin’s disease，以下簡稱HD)及非何杰金氏淋巴癌(non-Hodgkin lymphoma，以下簡稱NHL)的廣泛淋巴照射。若單用局部淋巴結放射治療於HD及NHL，仍應編碼為2。若廣泛淋巴照射後又追加局部淋巴結放射治療，其編碼為10。
- 如果放射治療是單純的內分泌處置，例如乳癌個案接受卵巢放射治療，其編碼為-1。如果放射治療不僅是傳統直接地破壞腫瘤，也藉由破壞內分泌來間接地抑制腫瘤，這時只需摘錄傳統的腫瘤標靶體積的範圍，而不需考慮加總內分泌處置的-1編碼。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受體外放射治療。
-1	EBRT, NOS；EBRT as endocrine procedure 體外放射治療，未明示範圍；放射線內分泌處置	• 個案有接受體外放射治療，但放射範圍未明示。 • 放射治療是單純內分泌處置，藉由破壞內分泌功能來間接地抑制腫瘤，且未針對腫瘤範圍做直接照射。
0	No EBRT 無體外放射治療	個案未接受體外放射治療。
1	T 原發腫瘤	CTV_H 放射範圍侷限於局部原發腫瘤。
2	N 區域淋巴結	CTV_H 放射範圍侷限於區域淋巴結。
4	M 遠端轉移	CTV_H 放射範圍侷限於遠端轉移部位。
8	Extended lymphoid region 廣泛淋巴區域	CTV_H 放射範圍為位於 mini-mantle、mantle、inverted Y 之淋巴組織或是全身淋巴照射。本編碼只適用於何杰金氏症及非何杰金氏淋巴癌個案。
16	Total body/Bone Marrow 全身/全骨髓	全部身體或全骨髓均涵蓋於一次放射範圍內。
32	Total skin 全皮膚	本編碼只適用於卡波西氏肉瘤、原發表皮淋巴癌或其他疾病需要做全身皮膚電子射線放射治療者。

範例：

編碼	案例及原因
3	cT3N2M0 非角質化鼻咽癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
3	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。

編碼	案例及原因
3	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
1	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
3	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
0	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

最高放射劑量臨床標靶體積劑量

Dose to CTV_H (cGy)

欄位長度：5

編碼範圍：00000-99999

癌登欄位序號 #4.2.2.2.2

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，CTV_H 的放射劑量。本欄位的單位是 centiGray (縮寫 cGy)，與舊單位“rads”相同大小。

收錄目的：

可分析放射治療範圍內失敗的原因是放射劑量不足，或是受限於周邊正常組織的放射線耐受度。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 為達到資料的一致性，應採用國際放射線單位和測量協會(The International Commission of Radiation Units and Measurement)發布之50和62號報告中所建議的方式登錄放射劑量。如果無法確知是否是軸心劑量，則登錄放射治療摘要中記載的放射劑量。有時放射劑量是非常主觀的，必須與放射腫瘤醫師討論以達到摘錄編碼的一致性。
- 放射治療劑量通常是記錄在放射治療摘要。如果局部放射治療劑量及追加放射治療劑量是分別記載，CTV_H的放射治療劑量是這些劑量的總和。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定正確的放射治療劑量。
- CTV_H的放射劑量必須是最高或是加總後最高的體外放射治療劑量。
- 如果放射治療計畫是二維點計算的方式，則登錄在軸心上有代表性深度的點劑量。
- 如果放射治療計畫是三維體積計算的方式，CTV_H的放射劑量通常是整個CTV_H所接受到的最低劑量，或者是95% CTV_H體積所接受到的劑量。本項目CTV_H的放射劑量不是整個CTV_H所接受到最高劑量，也不是其平均劑量。
- 本項目CTV_H的放射劑量不含利用其他特殊放射線技術，如近距放射治療或放射手術，所給與的追加劑量；特殊放射線技術的追加劑量應登錄於「其他放射治療臨床標靶體積劑量」次分節中。
- 單一療程的放射劑量很少超過100,000cGy，如果單一療程的放射劑量是99997cGy(含)以上，皆編碼為99997。

編碼	定義
00000	沒有體外放射治療
00001-99996	實際接受的放射劑量

編碼	定義
99997	CTV_H 的體外放射治療劑量是 99997 cGy 或更多
99998	有體外放射治療，但 CTV_H 的體外放射治療劑量不詳
99999	資料不詳，不清楚有沒有體外放射治療

範例：

編碼	案例及原因
07000	cT3N2M0 非角質化鼻咽癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
05040	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
05040	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
08100	Gleason's score 5+5，PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
04000	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
00000	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

最高放射劑量臨床標靶體積治療次數

Number of Fractions to CTV_H

欄位長度：2

編碼範圍：00-99

癌登欄位序號 #4.2.2.2.3

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，CTV_H 的放射治療次數(fractions or sessions)。

收錄目的：

放射治療控制腫瘤效果的好壞與破壞正常組織毒性的高低，和標靶體積的大小，總劑量的高低，分次劑量(dose per fraction)的大小，及整個射線療程的長短相關。一般而言，分次劑量愈大，腫瘤控制效果愈好，但同時正常組織毒性愈高。

如要計算 CTV_H 的平均放射分次劑量，只要將「最高放射劑量臨床標靶體積劑量」除以「最高放射劑量臨床標靶體積治療次數」即可得知。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療次數通常是記錄在放射治療摘要。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的放射治療次數。
- 雖然放射治療可能有數個放射治療照野(fields or ports)，並分別依序照射到治療部位；但大多在30分鐘內完成，因此只能合算成一個分次。
- CTV_H的放射治療次數是一個療程內各個放射治療階段對CTV_H總劑量有貢獻的照射次數之總和。
- CTV_H的放射治療次數不含其他特殊放射線技術的照射次數。

編碼	定義
00	沒有體外放射治療。
01-96	實際接受的放射治療次數。
97	CTV_H 體外放射治療次數是 97 或更多。
98	有體外放射治療，但 CTV_H 體外放射治療次數不詳。
99	資料不詳，不清楚有沒有體外放射治療。

範例：

編碼	案例及原因
35	cT3N2M0 非角質化鼻咽癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
28	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
28	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
45	Gleason's score 5+5，PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
16	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
00	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

較低放射劑量臨床標靶體積

Target of CTV_L

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -1, 0-63

癌登欄位序號 #4.2.2.3.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，利用放射線涵蓋之局部原發腫瘤(T)，區域淋巴結(N)或遠端轉移(M)來區分並記錄體外射線治療中接受次高劑量的目標區域之範圍。

收錄目的：

評估放射治療效果及檢討失敗原因。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 臨床標靶體積的範圍通常是記錄在放射治療摘要。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的治療範圍。
- 手術中放射治療的標靶體積的範圍也可能記錄在腫瘤醫師所撰寫外科手術摘要中。
- 沒有一定或絕對的數值來定義放射劑量的高低。CTV_H的最高放射劑量及CTV_L的較低劑量，只代表該放射療程中，相對的高低劑量關係。
- 一般而言，CTV_H通常是也就是顯著腫瘤體積(GTV)或者是手術切除腫瘤後臨床上無法偵測但相對的高腫瘤負荷(Tumor Burden)及高復發機率的開刀範圍。而CTV_L代表相對低腫瘤負荷的臨床標靶體積。但是也有一些例外：例如子宮頸癌的放射治療，首先是全骨盆體外放射治療，接著追加體外放射治療至子宮頸旁組織(parametrium，T+N)，最後再加上空腔內近距放射治療。在這樣的病例中，只接受全骨盆體外放射治療的CTV_L卻是有較高腫瘤負荷的原發部位，而額外接受追加體外放射治療的CTV_H為腫瘤負荷較低的子宮頸旁組織。但加上空腔內近距放射治療，CTV_L原發部位所接受到的總劑量還是高於子宮頸旁組織的總劑量。
- CTV_L可能是鄰近於CTV_H的另一個範圍，也可以是圍繞在CTV_H外的區域。
- 有些放射腫瘤醫師會以「區域劑量」(Regional Dose)及「追加劑量」(Boost Dose)的方式來記錄放射治療範圍及劑量。這種報告方式隱喻有一個較大的腫瘤標靶範圍接受了「區域劑量」，而在此大範圍中有一個較小的腫瘤標靶範圍接受了額外的「追加劑量」。一般而言，是在大範圍接受到「區域劑量」後才給予「追加劑量」至小範圍，但有時「追加劑量」會在放射治療的第一階段中先行給與，也可能和「區域劑量」同時給與。
- 如果放射治療摘要記載數個治療範圍但接受到相同照射次數及相同劑量，應先合併這些範圍成同一臨床體積後，在判斷是否應登錄至項目CTV_H(只有單一劑量，或是還有其他臨床標靶體積接受到較低的劑量)，還是應登錄至本項目CTV_L(還有其他臨床標靶體積接受到更高的劑量)。

- 如果放射治療摘要只有記載一個治療範圍及劑量，或是有數個治療範圍但因為接受到相同照射次數及相同劑量而合併成單一標靶體積，Target of CTV_L編碼為0。
- 如果放射治療摘要中有三個(含)以上的放射劑量，只需記錄最高兩個劑量之相關資料。唯一之例外是如果最高劑量的標靶體積及次高劑量的標靶體積是涵蓋相同的標靶類別(亦即TNM)，而第三高劑量的標靶體積涵蓋與前兩個標靶體積有不同的標靶類別，此時應忽略第二高劑量的標靶體積，而登錄第三高劑量的標靶體積於本項目CTV_L。
- CTV_L可以同時涵蓋原發腫瘤、區域淋巴結甚至遠端轉移，其先決條件是這些區域接受到相同次數及相同劑量的放射照射。
- 在臨床實務中，放射腫瘤醫師可能不完全遵循ICRU的建議方式來撰寫放射摘要，而直接以詳細的解剖結構名稱來敘述治療的部位。癌症登記人員必須從這些解剖結構名稱直接或間接地判斷治療部位是原發腫瘤、是區域淋巴結、還是遠端轉移。
- 其他相關編碼指引，請參照「最高放射劑量之臨床標靶體積」。
- 如果放射治療是單純的內分泌處置，例如乳癌個案接受卵巢放射治療，其編碼為-1。如果放射治療不僅是傳統直接地破壞腫瘤，也藉由破壞內分泌來間接地抑制腫瘤，這時只需摘錄傳統的腫瘤標靶體積的範圍，而不需考慮加總內分泌處置的-1編碼。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受體外放射治療。
-1	EBRT, NOS；EBRT as endocrine procedure 放射治療，未明示範圍；放射線內分泌處置	• 個案有接受放射治療，但放射範圍未明示。 • 放射治療是單純內分泌處置，藉由破壞內分泌功能來間接地抑制腫瘤，且未針對腫瘤範圍做直接照射。
0	No EBRT 無體外放射治療	個案未接受體外放射治療，或是有體外放射治療但沒有 CTV_L。
1	T 原發腫瘤	CTV_L 放射範圍侷限於局部原發腫瘤。
2	N 區域淋巴	CTV_L 放射範圍侷限於區域淋巴。
4	M 遠端轉移	CTV_L 放射範圍侷限於遠端轉移部位。
8	Extended lymphoid region 廣泛淋巴區域	CTV_L 放射範圍為位於 mini-mantle、mantle、inverted Y 之淋巴組織或是全身淋巴照射。本編碼只適用於何杰金氏症及非何杰金氏淋巴癌個案。
16	Total body/Bone Marrow 全身/全骨髓	全部身體或全骨髓均涵蓋於一次放射範圍內。
32	Total skin 全皮膚	本編碼只適用於卡波西氏肉瘤、原發表皮淋巴癌或其他疾病需要做全身皮膚電子射線放射治療者。

範例：

編碼	案例及原因
3	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野 (definitive 9-field) 的強度調控放射療法 (IMRT) 和同步照野內加強法 (simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野 (opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
1	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
3	Gleason's score 5+5，PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
4	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
0	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

較低放射劑量臨床標靶體積劑量

Dose to CTV_L (cGy)

欄位長度：5

編碼範圍：00000-99999

癌登欄位序號 #4.2.2.3.2

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，CTV_L 的放射劑量。本欄位的單位是 centiGray (縮寫 cGy)，與舊單位“rads”相同大小。

收錄目的：

評估放射治療效果及檢討失敗原因(放射治療範圍內失敗的原因是放射劑量不足，或是受限於周邊正常組織的放射線耐受度)。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療劑量通常是記錄在放射治療摘要。如果局部放射治療劑量及追加放射治療劑量是分別記載，CTV_L的放射治療劑量通常就是局部放射治療劑量。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定正確的放射治療劑量。
- 如果放射治療摘要只有記載一個治療範圍及劑量，此治療範圍應登錄於本項目CTV_H；而CTV_L應記錄00000。
- 如果放射治療摘要中有三個或三個以上的放射劑量，只需記錄最高的兩個劑量之相關資料。
- 例外是如果最高劑量的標靶體積及次高劑量的標靶體積是涵蓋相同的標靶類別(亦即TNM)，而第三高劑量的標靶體積涵蓋與前兩個標靶體積有不同的標靶類別，此時應忽略第二高劑量的標靶體積，而登錄第三高劑量的標靶體積於本項目CTV_L。
- 如果放射治療計畫是二維點計算的方式，則登錄在軸心上有代表性深度的點劑量。
- 如果放射治療計畫是三維體積計算的方式，CTV_L的放射劑量通常是整個CTV_L所接受到的最低劑量，或者是95%CTV_L體積所接受到的劑量。本項目CTV_L的放射劑量不是整個CTV_L所接受到最高劑量，也不是其平均劑量。
- 其他相關之編碼指引，請參照「最高放射劑量之臨床標靶體積的放射線劑量」。

編碼	定義
00000	沒有體外放射治療，或是有體外放射治療但沒有 CTV_L
00001-99996	實際接受的放射治療劑量
99997	CTV_L 的體外放射治療劑量是 99997 cGy 或更多
99998	有體外放射治療，但 CTV_L 的體外放射治療劑量不詳

編碼	定義
99999	資料不詳，不清楚有沒有體外放射治療

範例：

編碼	案例及原因
05950	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00000	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
03960	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
04500	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
03500	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
00000	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

較低放射劑量臨床標靶體積治療次數

Number of Fractions to CTV_L

欄位長度：2

編碼範圍：00-99

癌登欄位序號 #4.2.2.3.3

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，CTV_L 的放射治療次數(fractions or sessions)。

收錄目的：

評估放射治療效果，也可用來計算 CTV_L 的平均放射分次劑量，只要將「較低放射劑量之臨床標靶體積的放射線劑量」除以「較低放射劑量之臨床標靶體積的放射治療次數」即可得知。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療次數通常是記錄在放射治療摘要。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的放射治療次數。
- 雖然放射治療可能有數個放射治療照野(fields or ports)，並分別依序照射到治療部位；但大多在三十分鐘內完成，因此只能合算成一個分次。
- CTV_L的放射治療次數是一個療程內各個放射治療階段對CTV_L總劑量有貢獻的照射次數之總和。
- CTV_L的放射治療次數不含其他特殊放射線技術的照射次數。

編碼	定義
00	沒有體外放射治療，或是有體外放射治療但沒有 CTV_L
01-96	實際接受的放射劑量次數
97	CTV_L 體外放射治療次數是 97 或更多
98	有體外放射治療但 CTV_L 體外放射治療次數不詳
99	資料不詳，不清楚有沒有體外放射治療

範例：

編碼	案例及原因
35	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野 (definitive 9-field) 的強度調控放射療法 (IMRT) 和同步照野內加強法 (simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野 (opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
22	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
25	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
14	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
00	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。

其他放射治療儀器

Other RT Modality

欄位長度：2

編碼範圍：-9,-1,0,2,4,8,16,32,64

癌登欄位序號 #4.2.3.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行放射治療所使用的特殊放射治療儀器或治療方式。

收錄目的：

可作為治療結果分析之依據。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 放射治療儀器通常是記錄在放射治療摘要。而放射手術儀器及技術也可能記錄在神經外科醫師的手術摘要。
- 記錄於申報醫院進行之放射治療所使用的特殊放射治療儀器或治療方式，包括近距放射治療(Brachytherapy)、放射線同位素治療(Radioisotopes)、放射手術(Radiosurgery)、中子治療機(Neutron Therapy)、其他帶電荷粒子治療機(Charged Particle Therapy)，甚至硼捉中子治療(Boron neutron capture therapy，縮寫BNCT)等。
- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。
- 傳統體外放射治療、斷層放射療法，及電子射線(Novac7®, Mobetron®)手術中放射治療(Intra-operative radiotherapy，縮寫IORT)的相關資料應登錄在「體外放射治療」的次分節中。
- IORT也可以是以Brychtherapy的形式進行，例如INTRABEAM®或Xoft®用於乳癌IORT(Intraoperative radiotherapy)。
- 這些特殊放射療法通常是互相排斥的，也就是在同一個療程中個案很少會接受到兩種或兩種以上的特殊放射療法。因此本項目是單一不可相加合併編碼。但為了方便運算及記憶，本項目的編碼與「放射治療技術」所使用的編碼相同。
- 但在一個非常罕見極端的病例，是可能接受到兩種特殊放射療法的。例如一位子宮頸癌的個案在發病時就有單一腦轉移，接受了全骨盆體外放射治療和空腔內近距放射治療來治療原發部位，並且接受加馬刀放射手術來治療單一腦轉移。
- 在這種接受了接受到兩種或兩種以上特殊放射療法的罕見病例時，癌症登記人員應將所有的放射治療模式都登錄在「放射治療技術」中。在編碼本項目「其他放射治療技術」

時，癌症登記人員使用下列原則登錄一種特殊放射療法：

- 如果某一特殊放射療法是該癌症的必要療法，例如放射線同位素碘131是甲狀腺癌最重要的治療，則優先登錄該特殊放射療法。
- 如果某一個案接受體外放射治療及兩種特殊放射療法，癌症登記人員應選擇登錄有涵蓋不同於體外放射治療部位類別的特殊放射療法。
- 如果某一個案接受兩種特殊放射療法但未接受體外放射治療，癌症登記人員應選擇登錄代碼高的特殊放射療法。
- 若首次療程中同時有一般傳統放射治療(光子或電子)，與粒子(質子或碳離子)治療時，一般傳統光子或電子放射治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；粒子(質子或碳離子)治療則需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位。
- 若首次療程僅接受粒子治療且同時有質子與碳離子，但無一般傳統光子或電子放射治療時，質子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；而碳離子治療登錄需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位。
- 若首次治療為單一種粒子治療(質子或碳離子)，但無一般傳統光子或電子放射治療時，此粒子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位。
- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考 4.2.1.2「放射治療儀器」的臨床情境組合表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受其他特殊放射治療。
-1	Other RT, NOS 有其他特殊放射治療，詳情不明	個案有接受其他特殊放射治療，但無詳細資料。
0	No Other RT 無其他特殊放射治療	個案未接受其他特殊放射治療。
2	Radiosurgery 放射手術	• 使用加馬刀(Gamma Knife)、Linac-based放射手術、電腦刀(Cyberknife)、Zap-X放射手術。 • 立體定位放射手術(Stereotactic radiosurgery)：治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次。
4	Brachytherapy 近距放射治療	近距放射治療、空腔內植入物(interstitial implants)、molds、seeds)、needles 或 intracavitary applicators of radioactive materials。

編碼	標示	定義
8	Radioisotopes 放射線同位素治療	注射放射性同位素，如 I-131、Sr-89 等物質進入體內。
16	Protons therapy 質子治療法	利用質子射線進行體外放射治療。
32	Other Charged Particles or Neutron Therapy 其他帶電荷粒子或中子治療機	利用帶電荷粒子射線或中子射線進行體外放射。
64	BNCT 硼捉中子治療	硼捉中子治療(Boron Neutron Capture Therapy)。

範例：

編碼	案例及原因
0	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
4	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	Gleason's score 5+5，PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
2	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
4	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 組織插種近距放射治療 140Gy。
8	甲狀腺濾泡癌已發生肺轉移個案，接受 3 期(sessions)碘-131 放射同位素治療，每期 100 mCi。
16	肺癌個案於 2015/10/27 至 2015/12/24 執行光子放射治療；於原發部位及區域淋巴結使用 3D Conformal RT 治療 2000cGy/10 次，並以 RapidArc with IG 追加治療原發腫瘤 1000cGy/5 次；另於 2015/11/19 至 2015/12/17 再接受質子治療，於原發部位及區域淋巴結使用 2-Ports Ridge Filter 治療 4000 cGy/20 次。

編碼	案例及原因
4	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **Proton** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **Photon** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **Brachytherapy:** Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx.

其他放射治療技術 Other RT Technique	欄位長度：2 編碼範圍：-9,-1,0-7,9-10,12,17-18,20,33-34,36,65-66,68,97-99 (視#4.2.3.1 而定) 癌登欄位序號 #4.2.3.2

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，進行特殊放射治療所使用的技術。

收錄目的：

有助於分析治療技術與治療效果的關係。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。
- 若首次療程中同時有一般傳統放射治療(光子或電子)，與粒子(質子或碳離子)治療時，一般傳統光子或電子放射治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；粒子(質子或碳離子)治療則需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位。
- 若首次療程僅接受粒子治療且同時有質子與碳離子，但無一般傳統光子或電子放射治療時，質子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；而碳離子治療登錄需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位，此時碳離子治療之「其他放射治療技術」應編碼為2 (Active scanning)或4 (IMPT)，再加總8 (Carbon)，應編碼為10或12。
- 若首次治療為單一種粒子治療(質子或碳離子)，但無一般傳統光子或電子放射治療時，此粒子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位。
- 手術中放射治療(IORT)請登錄在「手術與放射治療順序」項目中。
- 各種特殊放射線療法有其特異專用的編碼，分別敘述如下：

通用編碼

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受其他特殊放射治療。
-1	Other RT, NOS 有其他特殊放射治療，詳情不明	個案有接受其他特殊放射治療，但無詳細資料
0	No Other RT 無其他特殊放射治療	個案未接受其他特殊放射治療。

放射手術專用編碼

編碼	標示	定義
1	Gamma Knife 加馬刀	放射手術使用加馬刀或類似的儀器
2	Extension-Cone Modified Linac 加裝延長錐的直線加速器	放射手術使用加裝延長錐的直線加速器
3	Cyberknife 電腦刀	放射手術使用電腦刀
4	Dynamic MLC Linac 動態多葉式準直儀	放射手術使用動態多葉式準直儀進行順形旋轉弧形放射治療或強度調控治療，例如：諾力刀 Novalis、IMRT、RapidArc
5	Stereotactic Tomotherapy 立體定位斷層放射療法	放射手術使用立體定位扇形放射線束強度調控放射療法：螺旋式(helical)或逐一切片式(axial)
6	Stereotactic Particle Radiosurgery 立體定位粒子(質子/碳離子)治療	放射手術只用立體定位粒子(質子/碳離子)治療
7	Zap-X	Zap-X 放射手術

近距放射治療專用編碼

編碼	標示	定義
1	Intracavitary, LDR	低劑量率空腔內近距放射治療
2	Intracavitary, HDR	高劑量率空腔內近距放射治療
3	Interstitial, LDR	低劑量率組織插種近距放射治療
4	Interstitial, HDR	高劑量率組織插種近距放射治療

放射線同位素治療專用編碼

編碼	標示	定義
1	I-131	碘-131 放射線同位素治療甲狀腺癌
2	Sr-89	鍶-89 放射線同位素治療骨轉移

編碼	標示	定義
3	MIBG-I-131	MIBG-I-131 放射線同位素治療 for neuroblastoma or other neuroendocrine malignancies
4	Yttrium-90	釔-90 放射線同位素治療
99	Other radioisotopes	其他放射線同位素治療

質子或其他帶電荷粒子治療專用編碼

編碼	標示	定義
1	Passive scattering	被動散射粒子治療
2	Active scanning with SFUD	主動掃描均勻照野粒子治療
4	IMPT	強度調控粒子治療
8	Carbon	碳離子治療
16	Helium	氦離子治療
32	Pions	Pions 治療
64	其他帶電荷粒子治療	其他帶電荷粒子治療
97	前述 1-64 和其他帶電荷粒子治療的合併療法	前述 1-64 和其他帶電荷粒子治療的合併療，並加總超過 96
98	Neutrons	中子治療
99	未明敘其他帶電荷粒子治療	未明敘其他帶電荷粒子治療

硼捉中子治療專用編碼

編碼	標示	定義
1	BSH	硼捉中子治療使用 BSH 化合物
2	Porphyrin	硼捉中子治療使用 Porphyrin 化合物
3	BPA	硼捉中子治療使用 BPA 化合物
99	Other BNCT Compounds	硼捉中子治療使用其他含硼化合物

範例：

編碼	案例及原因
0	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
2	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	Gleason's score 5+5，PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
3	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
3	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 組織插種近距放射治療 140Gy。
1	甲狀腺濾泡癌已發生肺轉移個案，接受 3 期(sessions)碘-131 放射同位素治療，每期 100 mCi。
1	肺癌個案於 2015/10/27 至 2015/12/24 執行光子放射治療；於原發部位及區域淋巴結使用 3D Conformal RT 治療 2000cGy/10 次，並以 RapidArc with IG 追加治療原發腫瘤 1000cGy/5 次；另於 2015/11/19 至 2015/12/17 再接受質子治療，於原發部位及區域淋巴結使用 2-Ports Ridge Filter 治療 4000 cGy/20 次。

其他放射治療臨床標靶體積

Target of Other RT

欄位長度：2

編碼範圍：-9, -1, 0-63

癌登欄位序號 #4.2.3.3.1

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，利用放射線涵蓋局部原發腫瘤(T)，區域淋巴結(N)或遠端轉移(M)來區分並記錄特殊放射治療的目標區域之範圍。

收錄目的：

評估放射治療效果及檢討失敗原因。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 近距放射治療、放射手術、中子治療機、其他帶電荷粒子治療機及硼捉中子治療之標靶體積範圍通常是記錄在放射腫瘤醫師所撰寫的放射治療摘要。放射手術及硼捉中子治療之標靶體積範圍也可能記錄在神經外科醫師的手術摘要中。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的治療範圍。
- 放射性同位素治療(例如：甲狀腺癌的碘131放射性同位素治療或神經母細胞瘤的MIBG含碘131放射性同位素治療)通常是編碼為7，因為其原發腫瘤部位、區域淋巴結及遠端轉移部位全部都有接受到放射劑量。雖然放射性同位素治療會影響到全身各處，但仍不能編碼為16；這是因為16是保留給應用於血液幹細胞移植的前置全身體外放射治療，或應用於抑制免疫排斥、慢性淋巴性血癌或慢性淋巴癌等較罕見之全身體外放射治療。
- 鍶-89放射性同位素治療骨轉移，編碼為4。
- 請依循TNM分期的準則來定義個別癌症的放射治療範圍是否涵蓋(T)局部原發腫瘤及其侵犯程度、(N)區域淋巴結的範圍，和(M)遠端轉移。
- 放射治療臨床標靶體積可同時包含局部原發腫瘤、區域淋巴結或遠端轉移等三種範圍之不同組合，請加總上述與T、N、M相關之編碼而得到最後的組合碼記錄之。例如：若局部原發腫瘤和區域淋巴結均包含在放射範圍內，則編碼應為3(=1+2)，因為照射目標為T(1)及N(2)。
- 另外，還有三個額外可合併相加之編碼：8代表廣泛淋巴照射(包含mini-Mantle / Mantle / inverted Y / total lymphoid irradiation)，16代表全身照射，32代表全身皮膚電子射線放射治療。

編碼	標示	定義
-9	Unknown/Missing Data 不知道/無資料	不知道個案是否有接受其他特殊放射治療。
-1	Other RT, NOS 其他特殊放射治療，未明示範圍	個案有接受其他特殊放射治療，但放射範圍未明示。
0	No Other RT 無其他特殊放射治療	個案未接受其他特殊放射治療。
1	T 原發腫瘤	其他特殊放射範圍侷限於局部原發腫瘤。
2	N 區域淋巴結	其他特殊放射範圍侷限於區域淋巴結。
4	M 遠端轉移	其他特殊放射範圍侷限於遠端轉移部位。
8	Extended lymphoid region 廣泛淋巴區域	• 其他特殊放射範圍為位於mini-mantle、mantle、inverted Y之淋巴組織或是全身淋巴照射。 • 本編碼只適用於何杰金氏症及非何杰金氏淋巴癌個案。
16	Total body/Bone Marrow 全身/全骨髓	其他特殊全部身體或全骨髓均涵蓋於一次放射範圍內。
32	Total skin 全皮膚	本編碼只適用於卡波西氏肉瘤、原發表皮淋巴癌或其他疾病需要做全身皮膚電子射線放射治療者。

範例：

編碼	案例及原因
0	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
1	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
0	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
4	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
1	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 空腔內近距放射治療 140Gy。
7	甲狀腺濾泡癌已發生肺轉移個案，接受 3 期(sessions)碘-131 放射同位素治療，每期 100 mCi。

其他放射治療臨床標靶體積劑量

Dose to Target of Other RT

欄位長度：5

編碼範圍：00000-99999

癌登欄位序號 #4.2.3.3.2

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，特殊放射治療的劑量。

收錄目的：

評估放射治療效果及檢討失敗原因。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 近距放射治療、放射手術、中子治療機、其他帶電荷粒子治療機及硼捉中子治療的放射治療劑量通常是記錄在放射腫瘤醫師所撰寫的放射治療摘要。放射手術及硼捉中子治療的放射治療劑量也可能記錄在神經外科醫師的手術摘要中。放射線同位素治療的劑量則是記載於核子醫學的報告中。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的放射治療劑量。
- 如果特殊放射治療是近距放射治療(Brachytherapy)、放射手術(Radiosurgery)、中子治療機(Neutron Therapy)、其他帶電荷粒子治療機(Charged Particle Therapy)，或是硼捉中子治療，本項目的單位是centiGray (縮寫cGy)，此單位與舊單位“rads”是相同大小的。
- 子宮頸癌的空腔內近距放射治療劑量參考點是點A(point A)，此點是定義在子宮頸開口上兩釐米及外側釐米處。
- 若其他放射治療有兩種以上的劑量應摘錄最高劑量。

編碼	定義
00000	沒有其他特殊放射治療
00001-99996	實際接受的放射治療劑量
99997	特殊放射治療劑量≧99997 cGy
99998	特殊放射治療劑量單位非 cGy 放射手術的劑量未涵蓋 95%以上的臨床標靶體積
99999	•資料不詳，不清楚有沒有其他特殊放射治療; •放射手術臨床標靶體積接受到處方放射劑量以上之體積百分比未明示

範例：

編碼	案例及原因
00000	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野(definitive 9-field)的強度調控放射療法(IMRT)和同步照野內加強法(simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level 4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00000	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
03000	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00000	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
02000	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
14000	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 組織插種近距放射治療 140Gy。
99998	甲狀腺濾泡癌已發生肺轉移個案，接受 3 期(sessions)碘-131 放射同位素治療，每期 100 mCi。

其他放射治療臨床標靶體積治療次數

Number of Fractions of Other RT

欄位長度：2

編碼範圍：00-99

癌登欄位序號 # 4.2.3.3.3

欄位敘述：

記錄在申報醫院的首次療程中，其他特殊放射治療次數(fractions or sessions)。

收錄目的：

評估放射治療效果。也可用來計算其他特殊放射治療的平均放射分次劑量，只要將「其他放射治療的放射線劑量」除以「其他放射治療的放射治療次數」即可得知。

編碼指引：

- 申報醫院若有委託他院執行部分放射治療，應視為申報醫院首次療程的一部份，須整併他院放射治療資料完整申報。
- 近距放射治療、放射手術、中子治療機、其他帶電荷粒子治療機及硼捉中子治療的治療次數通常是記錄在放射治療摘要。放射手術及硼捉中子治療的治療次數也可能記錄在神經外科醫師的手術摘要中。為達到摘錄編碼的一致性，可能需要與放射腫瘤醫師討論以決定確切的放射治療次數。
- 雖然特殊放射治療可能有數個放射治療照野(fields or ports)或數個中興點，並分別依序照射到治療部位；但大多在三小時內完成，因此只能合算成一個分次。

編碼	定義
00	沒有其他特殊放射治療
01-96	實際接受的放射治療次數
97	其他特殊放射療法治療次數是 97 或更多
98	有其他特殊放射療法但其治療次數不詳
99	資料不詳，不清楚有沒有其他特殊放射療法

範例：

編碼	案例及原因
00	cT3N2M0 鼻咽非角質化細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/18 接受完全性 9 個照野 (definitive 9-field) 的強度調控放射療法 (IMRT) 和同步照野內加強法 (simutaneous in-field boost)，使用 6MV x-rays 對原發腫瘤和右側 level 2 淋巴結病變的顯著腫瘤體積給予 35 次總劑量 70Gy(即最高放射劑量臨床標靶體積)，對於位於鼻咽和口咽的原發腫瘤的臨床標靶體積和位於雙側 level 2 和雙側 level 3 淋巴結的臨床標靶體積給予 35 次總劑量 59.5Gy(即較低放射劑量臨床標靶體積)，對雙側 level

編碼	案例及原因
	4 和鎖骨上窩的淋巴結臨床標靶體積給予 25 次總劑量 50Gy。另外，並同步給予 2 個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00	左側乳房管道侵襲癌個案，經左側改良式根除乳房切除術後病理發現為 pT3N1M0G2、ER+、PR+、Her2-，於完成 6 個 FAC 輔助化療後，再進行 28 次總劑量 50.4Gy 的術後三維順形放射治療(3D-CRT)，其中胸壁使用 6MV 對側切割照野(opposing tangential field)，鎖骨上窩使用單一前側照野(single anterior field)。
06	bulky stage IIB 的子宮頸鱗狀細胞癌個案，於 2006/04/01 至 2006/05/11 接受 28 次總劑量 50.4Gy 的全骨盆 2D Box 放射治療，並於總劑量達到 39.6Gy 時停止中央區照射(with central block after 39.6Gy)。接著再給予 Point A 6 次各 500cGy 的腔內高劑量率銥-192 近距放射治療(2006/06/01 及 2006/06/02 給予 500cGy x3，再於 2006/06/15 及 2006/06/16 給予 500cGy x3)。同時於體外放射治療期間給予兩個療程的 Cisplatin 100mg/m^2。
00	Gleason's score 5+5,PSA 20 的 T2N0M0 攝護腺癌個案，於 2006/04/01 至 2006/06/03 接受 7-field 強度調控放射療法(IMRT)，使用 10MV x-rays 對攝護腺給予 45 次總劑量 81Gy，對攝護腺和儲精囊給予 40 次總劑量 72Gy，以及對全骨盆給予 25 次總劑量 45Gy。
04	左下肺葉 cT3N2M1G3 鱗狀細胞癌個案合併腦轉移個案及左下肺葉阻塞性肺炎，於 2006/04/01 到 2006/04/24 接受放射治療，其中全腦經由 2D 兩邊對側照野給予 14 次總劑量 35Gy，縱隔膜和原發腫瘤接受 16 次總劑量 40Gy 的三維順形放射療法。腦轉移病灶再於 2006/05/01 至 2006/05/04 接受 4 次 5Gy 電腦刀放射手術。
01	T1N0M0 攝護腺癌個案只接受攝護腺低劑量率碘-125 組織插種近距放射治療 140Gy。
03	甲狀腺濾泡癌已發生肺轉移個案，接受 3 期(sessions)碘-131 放射同位素治療，每期 100 mCi。

全身性治療開始日期

Date of Systemic Therapy Started

欄位長度：8

癌登欄位序號 #4.3.1

NAACCR Item #3230

欄位敘述：

記錄在任何醫療機構的首次療程中，全身性治療開始日期(包含外院資料)。全身性治療包括化學治療、荷爾蒙/類固醇治療、免疫治療、骨髓/幹細胞移植或內分泌處置、標靶治療。

收錄目的：

可以歸納各種治療方法的順序，評估診斷至治療及治療後至復發的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄全身性治療最早的開始日期。全身性治療包括「化學治療」、「荷爾蒙/類固醇治療」、「免疫治療」、「骨髓/幹細胞移植或內分泌處置」、「標靶治療」。
- 局部治療包含腰椎管注射(intrathecal)、肋膜腔/心包膜腔注射、腹腔內注射、膀胱灌注、局部免疫治療及TACE，全身性治療不包括前述局部療法，**局部藥物治療開始執行的日期不應編碼在「全身性治療開始日期」欄位中**。
- 若臨床試驗為最早執行的全身性治療，則臨床試驗開始日期應編碼於「全身性治療開始日期」。
- 假如治療計畫含全身性治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受全身性治療，本欄位項目須加以更新。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在任何醫療機構內開始首次全身性治療的日期。
00000000	• 沒有進行任何的全身性治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含全身性治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受全身性治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受全身性治療。 • 個案有接受全身性治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20031215	乳癌個案在民國 92 年 12 月 15 日開始接受化學治療，並於民國 93 年 1 月 20 日開始接受 Tamoxifen 治療。
20030602	攝護腺癌第四期的個案在民國 92 年 6 月 2 日接受睪丸切除術，並於民國 92 年 6 月 9 日開始接受荷爾蒙治療。
00000000	肝癌個案僅於民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)。
20080105	肝癌個案僅於民國 97 年 1 月 5 日接受全身性化學治療。
20080120	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受全身性化學治療。
20080105	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受開始接受全身性化學治療，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)。
20080120	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受 Thalidomide 治療。

外院化學治療

Chemotherapy at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-13, 20-21, 30-31, 99

癌登欄位序號 #4.3.2

欄位敘述：

記錄個案在外院首次療程中，所給予化學治療相關情形。化學治療包括多種抗癌藥物，可干擾癌細胞中 DNA 的合成和分裂。

收錄目的：

全身性治療可為單一藥物或複合處方能包括給予個案一種或是多種的治療物質。本欄位可評估外院首次療程的化學治療。

編碼指引：

- 個案未接受化學治療，化學治療非首次療程的一部份，則編碼為00。
- 記錄首次療程中，所給予化學治療之相關情形，包括：全身性化學治療、局部動脈栓塞化學治療(Transarterial Chemoembolization, TACE)、其他局部性化學治療及臨床化學治療試驗。
- 針對轉移部位所給予之化學治療或接受臨床化學治療試驗，若屬於首次療程，也應記錄於本欄位。
- 編碼00-09、20-21、30-31適用於任何原發部位。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含化學治療的計畫，應編碼為00。
- 肝轉移個案若有接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，應視其治療情況編碼10-13。

  例如： 結腸癌個案(C18.9)在診斷時發現肝轉移，但因個案年邁不適合開刀，個案因轉移性肝癌接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，且針對大腸癌接受5-FU，則此欄位應編碼 11。

- 編碼02-03僅適用於2017(含)診斷年之前的個案；2018診斷年起之個案，請一律編碼01。
- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗化學治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗化學治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，應編碼於其他治療欄位。
- 不知道化學治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載化學治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 在治療週期所給予之化學治療，可能是單一或多種化學藥物合併處方。於治療過程中因藥物毒性、不良反應或副作用而修改處方，在未惡化的前提下，主治醫師可能會更換藥物，則此新的處方仍視為首次療程。

- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據(通常分類為alkylating agents、antimetabolites、natural products or other miscellaneous)。

編碼	定義
00	• 未接受化學治療，化學治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	接受全身性化學治療。
02	接受全身性化學治療，且只有一種化學藥物。(僅適用於 2017(含)診斷年之前的個案)
03	接受全身性化學治療，且超過一種以上的化學藥物。(僅適用於 2017(含)診斷年之前的個案)
04	個案原發部位僅接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。
05	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)及全身性化學治療。
06	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)及其他局部性化學治療。
07	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
08	個案僅接受局部性化學治療(不包含TACE) • 肋膜腔注射 • 心包膜腔注射 • 腹腔內注射 • 膀胱灌注 • 脊髓腔內注射(intrathecal) • 其他局部化學治療(例如：BCNU wafer implantation)
09	個案同時接受全身性及局部性化學治療(不包含TACE)。
10	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。
11	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學(TACE)及全身性化學治療。
12	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)及其他局部性化學治療。
13	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
20	僅接受臨床試驗化學治療。
21	同時接受化學治療(全身性或/與局部性)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/與局部性)及雙盲試驗化學治療。

編碼	定義
99	• 由於病歷未記載，所以不知道化學治療是否有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院化學治療

Chemotherapy at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-13, 20-21, 30-31, 82-83, 85-88, 99

癌登欄位序號 #4.3.3

NAACCR Item #700

欄位敘述：

記錄個案於申報醫院首次療程中，所給予化學治療相關情形。若個案未接受化學治療，則記錄未進行化學治療的原因。化學治療包括多種抗癌藥物，可干擾癌細胞中 DNA 的合成和分裂。

收錄目的：

全身性治療可能包括單一或複合藥物處方。本欄位可評估首次療程的化學治療，及了解個案未接受化學治療的原因。

編碼指引：

- 僅記載申報醫院在首次療程中所給予個案化學治療的相關情形。不包括外院在首次療程中所給予個案的化學治療。
- 記錄首次療程中，所給予化學治療之相關情形，包括：全身性化學治療、局部動脈栓塞化學治療(TACE)、其他局部性化學治療及臨床化學治療試驗。
- 針對轉移部位所給予之化學治療或接受臨床化學治療試驗，若屬於首次療程，也應記錄於本欄位。
- 編碼00-09、20-21、30-31、82-83、85-88適用於任何原發部位。
- 個案未接受化學治療，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受化學治療，則編碼為00。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含化學治療的計畫，應編碼為00。
- 編碼02-03僅適用於2017(含)診斷年之前的個案；2018診斷年起之個案，請一律編碼01。
- 肝轉移個案若有接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，應視其治療情況編碼10-13。

  例如：結腸癌個案(C18.9)在診斷時發現肝轉移，但因個案年邁不適合開刀，個案因肝轉移接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，且針對大腸癌接受 5-FU，則此欄位應編碼 11。
- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗化學治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗化學治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 若個案所罹患的癌症與期別通常需要接受化學治療，但未接受化學治療，則編碼為82、

83、85、86或87，以記錄未治療原因。

- 個案拒絕醫師建議的化學治療、拒絕已建議的所有治療或在醫師提治療建議前即拒絕所有治療，則編碼為87。
- 若化學治療為個案既定之治療計畫，但是於摘錄時或作最近一次的追蹤時個案尚未開始接受此項治療，則編碼為88，其治療日期應於下一次追蹤時予以更新。
- 不知道化學治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載化學治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 在治療週期所給予之化學治療，可能是單一或多種化學藥物合併處方。於治療過程中因藥物毒性、不良反應或副作用而修改處方，在未惡化的前提下，主治醫師可能會更換藥物，則此新的處方仍視為首次療程。
- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據(通常分類為alkylating agents、antimetabolites、natural products or other miscellaneous)。
- 若執行之化學治療是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。

編碼	定義
00	• 未接受化學治療，化學治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	接受全身性化學治療。
02	接受全身性化學治療，且只有一種化學藥物。(僅適用於 2017(含)診斷年之前的個案)
03	接受全身性化學治療，且超過一種以上的化學藥物。(僅適用於 2017(含)診斷年之前的個案)
04	個案原發部位僅接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。
05	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)及全身性化學治療。
06	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)及其他局部性化學治療。
07	個案原發部位接受局部動脈栓塞化學 (TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
08	個案僅接受局部性化學治療(不包含TACE) • 肋膜腔注射 • 心包膜腔注射 • 腹腔內注射 • 膀胱灌注 • 脊髓腔內注射(intrathecal) • 其他局部化學治療(例如：BCNU wafer implantation)
09	個案同時接受全身性及局部性化學治療(不包含TACE)。
10	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。

編碼	定義
11	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學(TACE)及全身性化學治療。
12	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)及其他局部性化學治療。
13	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
20	僅接受臨床試驗化學治療。
21	同時接受化學治療(全身或/與局部性)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/與局部性)及雙盲試驗化學治療。
82	化學治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
83	化學治療因疾病進展而未建議或給予。
85	化學治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受治療前即死亡或病危出院。
86	化學治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷並未記載未執行的原因；或於他院執行化學治療。
87	化學治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但未執行，且病歷記載個案或其家屬拒絕此項治療。
88	化學治療雖是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道化學治療是否有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例及原因
02	個案於 2017 年診斷為第三期大腸癌，接受 fluorouracil 和 levamisole 的合併治療，由於 fluorouracil 屬於化學治療，而 levamisole 屬於免疫治療，所以在化學治療中，僅記錄接受一種化學藥物。
01	個案於 2018 年診斷為 Non-Hodgkin’s lymphoma，接受 fludarabine 治療。
01	個案於 2018 年診斷為口腔癌第三期，後續接受 Cisplatin 合併免疫治療雙盲臨床試驗 Nimotuzumab or Placebo。
02	個案於 2017 年診斷為腿部惡性肉瘤，接受 IAIC (Intra-arterial injection chemotherapy) adriamycin 治療。
01	2018 年診斷之乳癌個案接受 CEF 治療。
04	肝癌個案接受 TACE 治療。
05	肝癌個案接受 TACE 及口服或注射 Fluorouracil 治療。
05	肝癌個案接受IAIC (Intra-arterial injection chemotherapy)或HAIC合併TACE治療。

編碼	案例及原因
08	Glioblastoma 個案於手術中接受 Gliadel(BCNU wafer)植入。
04	肝內膽管癌個案(C221，cholangiocarcinoma)接受 TACE 治療。
09	急性淋巴性血癌個案接受全身性化學治療合併脊髓腔內化學治療。
11	大腸癌合併肝轉移個案接受全身性化學治療及肝臟TACE治療。
21	肺癌末期個案接受臨床化學治療試驗及治療指引中規範的化學治療。
31	個案於2018年診斷為AML，接受induction chemotherapy後，再接受化學治療雙盲臨床試驗 Quizartinib or Placebo。
86	卵巢癌個案術後醫師建議化學治療，但是個案沒有接受化學治療，且病歷未記載沒有接受化學治療的原因。

申報醫院化學治療開始日期 欄位長度：8

Date of Chemotherapy Started at this Facility

癌登欄位序號 #4.3.4

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院化學治療開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院化學治療開始執行的日期。
- 為確知申報醫院對局部化學治療的開始治療日期，不論局部化學治療是否合併全身性化學治療，**申報醫院化學治療開始日期優先填寫局部化學治療開始治療的日期**。

  例如:肝癌個案接受TACE治療，則申報醫院化學治療開始日期以TACE治療日期為優先登錄。

☞局部治療包含脊髓腔內注射(intrathecal)、肋膜腔/心包膜腔注射、腹腔內注射、膀胱灌注及TACE，全身性治療不包括前述局部化學療法。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在申報醫院化學治療開始的日期。
00000000	• 沒有進行任何的化學治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含化學治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受化學治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受化學治療。 • 個案有接受化學治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20080105	肝癌個案僅於民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)。
20080105	肝癌個案僅於民國 97 年 1 月 5 日接受全身性化學治療。
20080105	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受全身性化學治療。

編碼	案例
20080120	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受開始接受全身性化學治療，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)。
20080105	肝癌個案在民國 97 年 1 月 5 日接受局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)，並於民國 97 年 1 月 20 日開始接受 Thalidomide 治療。

外院荷爾蒙/類固醇治療

Hormone/Steroid Therapy at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-03, 20-21, 30-31, 99

癌登欄位序號 #4.3.5

欄位敘述：

記載個案在外院首次療程中，所給予荷爾蒙/類固醇治療的相關情形。荷爾蒙/類固醇治療包括了很多種藥物，其作用為控制影響癌症的生長。

收錄目的：

全身性治療可能包括單一或複合藥物處方。本欄位可評估外院首次療程的荷爾蒙/類固醇治療。

編碼指引：

- 若 prednisone 與化學藥物，例如 MOPP(mechlorethamine, vincristine, procarbazine, prednisone)或CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristin, prednisone)合併給予時，prednisone為類固醇治療，勿認為是化學治療。
- 血液惡性腫瘤(Myeloid leukemia除外)自確定診斷日起接受類固醇治療，不論是否併用化學藥物皆編碼為01。
- 若荷爾蒙/類固醇藥物不是用來直接抑制或毒殺腫瘤，而是為了其他療效，例如：降水腫、止吐或促進食慾時，不可以視為荷爾蒙/類固醇治療。
- 因腫瘤侵犯或是治療腫瘤時破壞身體製造荷爾蒙的組織器官，為了維持正常新陳代謝及身體功能，會給予荷爾蒙補充治療(Hormone replacement therapy)，此時的荷爾蒙補充治療不可以視為荷爾蒙治療。
- 個案未接受荷爾蒙/類固醇治療，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受荷爾蒙/類固醇治療，則編碼為00。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含荷爾蒙/類固醇治療的計畫，則編碼為00。
- 個案接受甲狀腺補充治療，目的在於抑制TSH (thyroid-stimulating hormone是腦垂腺所產生的，可以刺激促進腫瘤的生長)，則編碼為01。
- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 不知道荷爾蒙/類固醇治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載荷爾蒙/類固醇治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。

- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據。

編碼	定義
00	• 未接受荷爾蒙/類固醇治療，荷爾蒙/類固醇治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	• 在首次療程中有接受全身性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
02	• 接受局部性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
03	• 接受全身性與局部性荷爾蒙/類固醇治療 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性與局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
30	僅接受雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
31	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道是否荷爾蒙/類固醇治療有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院荷爾蒙/類固醇治療

Hormone/Steroid Therapy at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-03, 20-21, 30-31, 82-83, 85-88, 99

癌登欄位序號 #4.3.6

NAACCR Item # 710

欄位敘述：

記載個案在申報醫院首次療程中，所給予荷爾蒙/類固醇治療的相關情形。假如個案沒有接受荷爾蒙/類固醇治療，則將沒有接受荷爾蒙/類固醇治療的原因加以編碼。荷爾蒙/類固醇治療包括了很多種藥物，其作用為控制影響癌症的生長。

收錄目的：

全身性治療可能包括單一或複合藥物處方。本欄位可評估申報醫院首次療程的荷爾蒙治療/類固醇，及了解個案未接受荷爾蒙/類固醇治療的原因。

編碼指引：

- 記載申報醫院在首次療程中所給予個案荷爾蒙/類固醇治療的相關情形。不包括外院在首次療程中所給予個案的荷爾蒙/類固醇治療。
- 血液惡性腫瘤(Myeloid leukemia除外)自確定診斷日起接受類固醇治療，不論是否併用化學藥物皆編碼為01
- 若荷爾蒙/類固醇藥物不是用來直接抑制或毒殺腫瘤，而是為了其他療效，例如：降水腫、止吐或促進食慾時，不可登錄此欄位。
- 若 prednisone 與化學藥物，例如 MOPP(mechlorethamine, vincristine, procarbazine, prednisone)或CHOP (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristin, prednisone)合併給予時，prednisone為類固醇治療，勿認為是化學治療。
- 因腫瘤侵犯或是治療腫瘤時破壞身體製造荷爾蒙的組織器官，為了維持正常新陳代謝及身體功能，會給予荷爾蒙補充治療(Hormone replacement therapy)，此時的荷爾蒙補充治療**不可以視為荷爾蒙治療**。
- 個案未接受荷爾蒙/類固醇治療，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受荷爾蒙/類固醇治療，則編碼為00。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含荷爾蒙/類固醇治療的計畫，則編碼為00。
- 個案接受甲狀腺補充治療，目的在於抑制TSH (thyroid-stimulating hormone是腦垂腺所產生的，可以刺激促進腫瘤的生長)，則編碼為01。
- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床

試驗荷爾蒙/類固醇治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。。

- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 若個案所罹患的癌症與期別通常需要接受荷爾蒙/類固醇治療，但未接受荷爾蒙治療/類固醇則編碼為82、83、85、86或87，以記錄未治療原因。
- 個案拒絕醫師建議的荷爾蒙/類固醇治療、拒絕己建議的所有治療或在醫師提治療建議前即拒絕所有治療，則編碼為87。
- 若荷爾蒙/類固醇治療為個案既定之治療計畫，但是於摘錄時或作最近一次的追蹤時個案尚未開始接受此項治療，則編碼為88，其治療日期應於下一次追蹤時予以更新。
- 不知道荷爾蒙/類固醇治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載荷爾蒙/類固醇治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據。
- 若執行之荷爾蒙/類固醇治療是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。

編碼	定義
00	• 未接受荷爾蒙/類固醇治療，荷爾蒙/類固醇治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	• 在首次療程中有接受全身性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
02	• 接受局部性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
03	• 接受全身性與局部性荷爾蒙/類固醇治療 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性與局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
30	僅接受雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
31	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
82	荷爾蒙/類固醇治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
83	荷爾蒙/類固醇治療因疾病進展而未建議或給予。
85	荷爾蒙/類固醇治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受治療前即死亡或病危出院。
86	荷爾蒙/類固醇治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷也未記載未執行的原因；或於他院執行荷爾蒙/類固醇治療。

編碼	定義
87	荷爾蒙/類固醇治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但未執行，且病歷記載個案或其家屬拒絕此項治療。
88	荷爾蒙/類固醇治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道是否荷爾蒙/類固醇治療有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	理由
00	肺癌併腦轉移個案，醫師開立 Decadron 以減少腦部水腫及神經症狀。Decadron 並未與化學治療合併給予。
00	乳癌個案因 aminoglutethimide (Cytadren, Elipten)治療，而抑制 glucocorticoids 和 mineralocorticoids 的製造，因此給 glucocorticoid (hydrocortisone)或 mineralocorticoid (Florinef)等荷爾蒙補充治療。
00	癌症末期個案給予 prednisone 來促進食慾和改善營養狀況。
01	攝護腺癌個案，醫師給予 flutamide (一種 antiandrogenic)的荷爾蒙治療。
87	攝護腺癌個案，在病歷記載個案拒絕接受 Megace (a progestational agent)治療。
03	個案診斷為 Diffuse large B cell lymphoma with multiple lymph nodes and CNS involved。採用口服 prednisone 治療，同時接受 intrathecal dexamethasone injection.

申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始日期 欄位長度：8

Date of Hormone/Steroid Therapy Started at This Facility

癌登欄位序號 #4.3.7

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始的日期。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在申報醫院荷爾蒙/類固醇治療開始的日期。
00000000	• 沒有進行任何的荷爾蒙/類固醇治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含荷爾蒙/類固醇治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為 88888888。若此個案後續接受荷爾蒙/類固醇治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受荷爾蒙/類固醇治療。 • 個案有接受荷爾蒙/類固醇治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

外院免疫治療

Immunotherapy at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-07, 20-23, 30-33, 99

癌登欄位序號 #4.3.8

欄位敘述：

記載個案在外院首次療程中，所給予免疫治療的相關情形。免疫治療包括了生物或是化學物質，這些物質可以改變人體免疫系統或改變人體對腫瘤細胞的免疫反應。

收錄目的：

全身性治療可能包括單一或複合藥物處方。這項資料乃評估外院首次治療中給予個案的免疫治療，以及照護的品質。

編碼指引：

- 個案未接受免疫治療，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受免疫治療，則編碼為00。
- 免疫治療為透過刺激或抑制免疫系統，來達到治療癌症的效果。可區分為：
  - 細胞介素與免疫調節劑，例如干擾素(interferon)、介白素(interleukin)、Thalidomide、Lenalidomide。
  - 免疫檢查點抑制劑 (Immune checkpoint inhibitor)，例如CTLA-4抑制劑、PD-1抑制劑、PD-L1抑制劑。
  - 免疫細胞治療，例如CAR-T細胞療法、NK細胞治療、Sipuleucel T細胞治療。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含免疫治療的計畫，則編碼為00。
- 個案有接受免疫細胞治療，則視治療情況編碼04-07。
- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20-23、30-33。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30-33。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 不知道免疫治療治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載免疫治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據。

編碼	定義
00	未接受免疫治療，免疫治療非首次療程的一部份。 由屍體解剖而診斷為癌症。

編碼	定義
01	接受全身性免疫藥物治療。
02	接受局部性免疫藥物治療。
03	接受全身性與局部性免疫藥物治療。
04	僅接受免疫細胞治療。
05	同時接受免疫細胞治療與全身性免疫藥物治療。
06	同時接受免疫細胞治療與局部性免疫藥物治療。
07	同時接受免疫細胞治療、全身性與局部性免疫藥物治療。
20	僅接受臨床試驗免疫治療。
21	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
22	同時接受免疫細胞治療及臨床試驗免疫治療。
23	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
30	僅接受雙盲試驗免疫治療。
31	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
32	同時接受免疫細胞治療及雙盲試驗免疫治療。
33	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
99	由於病歷未記載，所以不知道是否免疫治療有被建議或是已經執行。 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院免疫治療

Immunotherapy at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-07, 20-23, 30-33, 82-83, 85-88, 99

癌登欄位序號 #4.3.9

NAACCR Item #720

欄位敘述：

記載申報醫院於首次療程中，所給予免疫治療的相關情形。假如個案沒有接受免疫治療，要將沒有接受免疫治療的原因加以編碼。免疫治療主要是利用生物反應或是化學物質，這些物質可以改變人體免疫系統或是改變人體對腫瘤細胞的免疫反應。

收錄目的：

全身性治療可能包括單一或複合藥物處方。本欄位可評估申報醫院首次療程的免疫治療，及了解個案未接受免疫治療的原因。

編碼指引：

- 僅記載申報醫院在首次療程中所給予個案免疫治療的相關情形。不包括外院在首次療程中所給予個案的免疫治療。
- 免疫治療為透過刺激或抑制免疫系統，來達到治療癌症的效果。可區分為：
  - 細胞介素與免疫調節劑，例如干擾素(interferon)、介白素(interleukin)、Thalidomide、Lenalidomide。
  - 免疫檢查點抑制劑 (Immune checkpoint inhibitor)，例如CTLA-4抑制劑、PD-1抑制劑、PD-L1抑制劑。
  - 免疫細胞治療，例如CAR-T細胞療法、NK細胞治療、Sipuleucel T細胞治療。
- 個案未接受免疫治療，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受免疫治療，則編碼為00。
- 個案有接受免疫細胞治療，則視治療情況編碼04-07。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含免疫治療的計畫，則編碼為00。
- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20-23、30-33。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30-33。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 若個案所罹患的癌症與期別通常需要接受免疫治療，但未接受免疫治療，則編碼為82、83、85、86或87，以記錄未治療原因。
- 個案拒絕醫師建議的免疫治療、拒絕己建議的所有治療或在醫師提治療建議前即拒絕所有治療，則編碼為87。

- 若免疫治療為個案既定之治療計畫，但是於摘錄時或作最近一次的追蹤時個案尚未開始接受此項治療，則編碼為88，其治療日期應於下一次追蹤時予以更新。
- 不知道免疫治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載免疫治療是否有被建議或是已經執行，就編碼為99。
- 若執行之免疫治療是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。
- 抗腫瘤藥物的分類可下載SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 作為編碼依據。

編碼	定義
00	未接受免疫治療，免疫治療非首次療程的一部份。 由屍體解剖而診斷為癌症。
01	接受全身性免疫藥物治療。
02	接受局部性免疫藥物治療。
03	接受全身性與局部性免疫藥物治療。
04	僅接受免疫細胞治療。
05	同時接受免疫細胞治療與全身性免疫藥物治療。
06	同時接受免疫細胞治療與局部性免疫藥物治療。
07	同時接受免疫細胞治療、全身性與局部性免疫藥物治療。
20	僅接受臨床試驗免疫治療。
21	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
22	同時接受免疫細胞治療及臨床試驗免疫治療。
23	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
30	僅接受雙盲試驗免疫治療。
31	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
32	同時接受免疫細胞治療及雙盲試驗免疫治療。
33	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
82	免疫治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
83	免疫治療因疾病進展而未建議或給予。
85	免疫治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受治療前即死亡或病危出院。
86	免疫治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷並未記載未執行的原因；或於他院執行免疫治療。

編碼	定義
87	免疫治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但未執行，且病歷記載個案或其家屬拒絕此項治療。
88	免疫治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。
99	由於病歷未記載，所以不知道是否免疫治療有被建議或是已經執行。 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
01	罹患惡性黑色素瘤的個案，接受 interferon 的免疫治療。
20	個案於 2018 年診斷為肺癌，接受 Carboplatin+Alimta 合併使用免疫治療臨床試驗藥物 MEDI4736(Durvalumab)。
21	Renal Medullary Carcinoma 的個案接受免疫藥物 Nivolumab 的治療及臨床試驗免疫藥物 Ipilimumab。
30	個案於 2018 年診斷為口腔癌第三期，接受 Cisplatin 合併免疫治療雙盲臨床試驗 Nimotuzumab (TheraCIM®/ h-R3) or Placebo。
85	醫師已建議免疫治療，但個案在免疫治療前即死亡。

申報醫院免疫治療開始日期 欄位長度：8

Date of Immunotherapy Started at This Facility

癌登欄位序號 #4.3.10

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院免疫治療開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院免疫治療開始的日期。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在申報醫院免疫治療開始的日期。
00000000	• 沒有進行任何的免疫治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含免疫治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受免疫治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受免疫治療。 • 個案有接受免疫治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

骨髓/幹細胞移植或內分泌處置 Hematologic Transplant and Endocrine Procedure	欄位長度：2 編碼範圍：00,10-12,20-22,25,30,40,50, 82-83, 85-88, 99 癌登欄位序號 # 4.3.11 NAACCR Item #3250

欄位敘述：

記錄個案在任何醫療機構首次治療時，給予骨髓/幹細胞移植或內分泌處置情形。若個案未接受此等治療，則依據其原因加以編碼。此等治療包括骨髓移植、幹細胞移植、或以放射線照射或手術切除之內分泌處置。

收錄目的：

瞭解與骨髓/幹細胞移植或內分泌處置有關的治療型式及照護品質，及個案未接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置的原因。

編碼指引：

- 骨髓移植包括：
  - 自體的(autologous)：骨髓來自個案本身。
  - 異體的(allogeneic)：骨髓由他人所捐贈。若骨髓移植是同卵雙胞胎的(syngeneic)：骨髓來自同卵雙胞胎中的另一個體，亦視為異體骨髓移植。
- 幹細胞移植是收集個案體內未成熟的血液細胞，於體外處理，並於個案接受化學治療或放射治療後，此時其造血機能正處於恢復的時候，將這些培養過之細胞再輸入個案體內，使得個案得以獲得足夠恢復整個造血機能的血液幹細胞。
- 手術/放射線之內分泌處置，乃藉由抑制個案體內荷爾蒙活性，進而改變或影響以達到長期控制癌細胞的生長的一種治療方式。這些處置必須雙側腺體同時治療才符合手術/放射線之內分泌處置之定義，如果剛開始治療時，僅存單側腺體，則對此一僅存的腺體作手術或放射治療，亦符合本欄位定義。
- 個案未接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，因個案所罹患的癌症種類及分期通常不需接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，則編碼為00。
- 若有多種的治療計畫選擇，而個案選擇的治療計畫不含骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，則編碼為00。
- 若個案所罹患的癌症與期別通常需要接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，但未接受前述治療，則需以編碼82、83、85、86或87以記錄個案未治療原因。
- 個案拒絕醫師建議的骨髓/幹細胞移植或內分泌處置、拒絕已建議的所有治療或在醫師提治療建議前即拒絕所有治療，則編碼為87。
- 若骨髓/幹細胞移植或內分泌處置為個案既定之治療計畫，但是於摘錄時或作最近一次的追蹤時個案尚未開始接受此項治療，則編碼為88，其治療日期應於下一次追蹤時予以更新。

- 不知道骨髓/幹細胞移植或內分泌處置是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載前述治療是否有被建議或是已經執行，就編碼為99。
- 若執行之骨髓/幹細胞移植或內分泌處置是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。
- 編碼10-40為記錄個案在申報醫院所接受的骨髓/幹細胞移植或內分泌處置。

編碼	定義
00	• 未接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，骨髓/幹細胞移植或內分泌處置非首次療程的一部份 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
10	有骨髓移植，但病歷上未註明是自體骨髓移植或是異體骨髓移植。
11	自體骨髓移植。
12	異體骨髓移植。
20	有幹細胞治療，但病歷上未註明是自體/異體幹細胞治療或臍帶幹細胞移植。
21	自體幹細胞治療。
22	異體幹細胞治療。
25	臍帶幹細胞移植。
30	接受手術/放射線之內分泌處置。
40	合併手術/放射線之內分泌處置及骨髓移植/幹細胞治療(即編碼 30 合併編碼 10-12、20-22 或 25 中任何一種治療)。
50	**外院**骨髓/幹細胞移植/內分泌處置。
82	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
83	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置因疾病進展而未建議或給予。
85	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受治療前即死亡或病危出院。
86	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置雖然是申報醫院既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷並未記載未執行的原因。
87	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但未執行，且病歷記載個案或其家屬拒絕此項治療。
88	骨髓/幹細胞移植或內分泌處置雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。

編碼	定義
99	• 由於病歷未記載，所以不知道是否骨髓/幹細胞移植或內分泌處置有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始日期 欄位長度：8

Date of Hematologic Transplant and Endocrine Procedures Started at This Facility

癌登欄位序號 #4.3.12

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄個案在骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始的日期。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在申報醫院骨髓/幹細胞移植或內分泌處置開始的日期。
00000000	• 沒有進行任何的骨髓/幹細胞移植或內分泌處置。 • 由屍體解剖才診斷為癌症。
88888888	假如骨髓/幹細胞移植或內分泌處置是既定首次療程的一部分，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為 88888888。若此個案後續接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受骨髓/幹細胞移植或內分泌處置。 • 個案有接受骨髓/幹細胞移植或手術/放射線之內分泌處置，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

外院標靶治療

Targeted therapy at Other Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-01, 20-21, 30-31, 99

癌登欄位序號 #4.3.13

欄位敘述：

記錄個案在外院首次療程中，所給予標靶治療相關情形。標靶治療包括多種抗癌藥物，可能與細胞癌化過程有關的分子或是酵素，為一種新的標的性治療藥物直接作用於癌細胞中的異常蛋白，是與癌細胞異常增生或是抗藥性增加有關的細胞訊息傳導路徑、或是促進腫瘤異常的血管增生及癌細胞轉移的調控機轉等。以透過對這些異常機轉的抑制以達到抗癌的治療效果，故此類標靶藥物具有癌細胞專一性。

收錄目的：

本欄位可評估外院首次療程的標靶治療。

編碼指引：

- 個案未接受標靶治療，標靶治療非首次療程的一部份，則編碼為00。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含標靶治療的計畫，編碼也是00。
- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗標靶治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗標靶治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 不知道標靶治療治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載標靶治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 標靶治療藥物請參考SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 中。

注意1：以subcategory欄位描述為targeted therapy、_____kinase inhibitor、epidermal growth factor (EGF) receptor、cytostatic agent、antiangiogenesis agent、mTOR(mammalian target of rapamycin)、monoclonal antibody均登錄為標靶治療；不論category欄位為Chemotherapy或Biologic therapy (BRM, Immunotherapy)。

例外1：Thalidomide或Lenalidomide視為Biologic therapy (BRM, Immunotherapy)登錄，不可以subcategory中的antiangiogenesis agent登錄為標靶治療。

例外2：若subcategory欄位描述為monoclonal antibody的藥物，請優先參考附錄C：常見標靶及免疫藥物清單，依清單內容登錄於標靶或免疫治療欄位中。

注意2：除上述標靶治療外，不論subcategory欄位描述為何，皆以category欄位為編碼依據，例如: Ibritumomab，應以Radiation登錄，不可以subcategory中的Radiolabled

monoclonal antibody作為編碼依據。

編碼	定義
00	• 未接受標靶治療，標靶治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	在外院的首次療程中有接受標靶治療。
20	僅接受臨床試驗標靶治療。
21	同時接受標靶治療及臨床試驗標靶治療。
30	僅接受雙盲試驗標靶治療。
31	同時接受標靶治療及雙盲試驗標靶治療。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道標靶治療是否有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院標靶治療

Targeted therapy at This Facility

欄位長度：2

編碼範圍：00-01, 20-21, 30-31, 82-83, 85-88, 99

癌登欄位序號 #4.3.14

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院首次療程中，所給予標靶治療相關情形。標靶治療包括多種抗癌藥物，可能與細胞癌化過程有關的分子或是酵素，為一種新的標的性治療藥物直接作用於癌細胞中的異常蛋白，是與癌細胞異常增生或是抗藥性增加有關的細胞訊息傳導路徑、或是促進腫瘤異常的血管增生及癌細胞轉移的調控機轉等。以透過對這些異常機轉的抑制以達到抗癌的治療效果，故此類標靶藥物具有癌細胞專一性。

收錄目的：

本欄位可評估申報醫院首次療程的標靶治療。

編碼指引：

- 個案未接受標靶治療，標靶治療非首次療程的一部份，則編碼為00。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含標靶治療的計畫，編碼也是00。
- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗標靶治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗標靶治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 若個案所罹患的癌症與期別通常需要接受標靶治療，但未接受標靶治療，則編碼為82、83、85、86或87，以記錄未治療原因。
- 個案拒絕醫師建議的標靶治療、拒絕己建議的所有治療或在醫師提治療建議前即拒絕所有治療，則編碼為87。
- 若標靶治療為個案既定之治療計畫，但是於摘錄時或作最近一次的追蹤時個案尚未開始接受此項治療，則編碼為88，其治療日期應於下一次追蹤時予以更新。
- 不知道標靶治療治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，同時病歷也沒有記載標靶治療是否有被建議或是已經執行，則編碼為99。
- 若執行之標靶治療是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也要記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。
- 標靶治療藥物請參考SEER網站上之藥物查詢工具：http://seer.cancer.gov/tools/seerrx 中。

  注意1：以subcategory欄位描述為targeted therapy、_____kinase inhibitor、epidermal growth

factor (EGF) receptor、cytostatic agent、antiangiogenesis agent、mTOR(mammalian target of rapamycin)、monoclonal antibody均登錄為標靶治療；不論category欄位為Chemotherapy或Biologic therapy (BRM, Immunotherapy)。

例外 1：Thalidomide 或 Lenalidomide 視為 Biologic therapy (BRM, Immunotherapy) 登錄，不可以 subcategory 中的 antiangiogenesis agent 登錄為標靶治療。

例外2：若subcategory欄位描述為monoclonal antibody的藥物，請優先參考附錄C：常見標靶及免疫藥物清單，依清單內容登錄於標靶或免疫治療欄位中。

注意2：除上述標靶治療外，不論subcategory欄位描述為何，皆以category欄位為編碼依據，例如: Ibritumomab，應以Radiation登錄，不可以subcategory中的Radiolabled monoclonal antibody作為編碼依據。

編碼	定義
00	• 未接受標靶治療，標靶治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
01	在申報醫院的首次療程中有接受標靶治療。
20	有接受臨床試驗標靶治療。
21	同時接受標靶治療及臨床試驗標靶治療。
30	僅接受雙盲試驗標靶治療。
31	同時接受標靶治療及雙盲試驗標靶治療。
82	標靶治療因禁忌症或個案其他危險因素(併發症、年邁)而未建議或給予。
83	標靶治療因疾病進展而未建議或給予。
85	標靶治療是既定之首次療程計畫中的一部分，但因個案未接受治療前即死亡或病危出院。
86	標靶治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，未執行且病歷並未記載未執行的原因；或於他院執行標靶治療。
87	標靶治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但未執行，且病歷記載個案或其家屬拒絕此項治療。
88	標靶治療雖然是既定之首次療程計畫中的一部分，但摘錄時尚未執行。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道標靶治療是否有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
21	第二期乳癌個案接受下列臨床試驗 A Dose-Finding Study of Pertuzumab (Perjeta) in Combination With Trastuzumab (Herceptin)。
30	第四期直腸癌併有肝臟轉移個案接受 Adjuvant Regorafenib Versus Placebo After Curative Treatment of Liver Metastases in a Randomized，Placebo Controlled 的臨床試驗。

申報醫院標靶治療開始日期 欄位長度：8

Date of Targeted therapy Started at This Facility

癌登欄位序號 #4.3.15

欄位敘述：

記錄個案在申報醫院標靶治療開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院標靶治療開始的日期。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在申報醫院標靶治療開始的日期。
00000000	• 沒有進行任何的標靶治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含標靶治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受標靶治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受標靶治療。 • 個案有接受標靶治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

申報醫院緩和照護

Palliative Care at This Facility

欄位長度：1

編碼範圍：0-7, 9

癌登欄位序號#4.4

NAACCR Item #3280

欄位敘述：

申報醫院為緩解或減輕個案症狀所提供之照護，包括手術治療、放射治療、全身性治療(化學治療、荷爾蒙治療或其他全身性藥物)及疼痛控制治療。

收錄目的：

申報醫院可藉本欄位探知其照護為緩和性而非診斷或治癒性目的。

編碼指引：

- 記錄個案在申報醫院首次療程所接受之緩和照護的型態。
- 緩和照護不是作為診斷原發腫瘤或判斷期別之用。
- 經由手術、放射線或局部/全身性藥物治療或其他治療，以控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，皆應記錄為緩和照護。若這些治療將原發或轉移組織移除或改變時，也應填入首次療程的項目中。
- 各種治療引發之疼痛或副作用所執行的相關處理，不可在此欄位逕行編碼。
- 個案經醫師診斷為癌症末期，並評估其首次療程不適合根治性手術、放射治療或全身性治療，如有接受住院安寧或居家安寧照護，應依實際處置編碼1至7。
- 根據SEER的Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual：輸血(全血或血小板等)為治療貧血症狀，可視為症狀緩解，而非癌症治療；故若個案**僅**接受輸血治療，請登錄為緩和治療。

編碼	定義
0	• 個案未接受緩和照護。 • 屍體解剖時才診斷為癌症。
1	接受以減輕症狀為目的，而非為了診斷、分期或治療所進行之手術(可包括 bypass 繞道手術)。
2	僅接受以減輕症狀為目的，而非為了診斷、分期或治療所進行之放射治療。
3	僅接受以減輕症狀為目的，而非為了診斷、分期或治療所進行之局部藥物或全身性藥物治療。
4	僅接受或轉介疼痛治療，並未接受其他緩和照護。
5	編碼 1、2 及 3 任二項或二項以上但不包括 4。
6	編碼 1、2 及 3 任一項或一項以上且包括 4。

編碼	定義
7	• 有接受或轉介緩和照護，但在病歷中未提及緩和照護的型式。 • 無法歸類於編碼1-6的緩和照護、其他治療、**安寧療護或輸血**。
9	不確定是否曾接受或轉介緩和照護；病歷未記載。

範例：

編碼	理由
0	沒有給予個案緩和照護。
1	個案接受以緩和性手術移除腦部的轉移腫瘤，手術也要另外記錄在「其他部位手術方式」相關欄位項目上。
1	胰臟癌個案，但是已經無法根除，所以沒有切除原發腫瘤，但是為了減輕黃膽症狀和疼痛，個案接受了繞道手術。
7	因原發部位腫瘤造成的胸水引起症狀，而以胸水抽取術來減輕症狀。
2	攝護腺癌第四期的個案，其唯一的症狀是因為右側 hip 和 lower spine 的癌細胞轉移而引起的骨頭疼痛，因此個案接受了體外放射治療(XRT)。此體外放射治療和其劑量也要記錄在放射治療相關欄位中。
2	肺癌侵犯到脊柱骨骼，接受 XRT 來縮小脊柱和神經之外的腫瘤體積以減輕疼痛。XRT 和其劑量也要記錄在放射治療欄位中。
3	肺癌第三 B 期，接受緩和性化學治療。化學治療也要記錄在「申報醫院之化學治療」相關欄位中
4	一位 93 歲的個案，診斷為多發性骨髓瘤，他於疼痛科門診就診以減輕疼痛。但是個案因為其他醫療的問題，並沒有接受任何其他的療法。
5	廣泛瀰漫性肺小細胞癌個案。接受以緩和性外科手術把轉移到腦的腫瘤切除，之後再接受 XRT 以減輕因為癌細胞轉移至 lower spine 所引起的骨頭疼痛。並未接受或是轉診至疼痛科門診。個案所接受的手術治療要記錄在「其他部位手術方式」相關欄位。個案所接受的 XRT 和其劑量也要記錄在放射治療相關欄位中。
6	大腸癌個案，因為無法根除，所以接受繞道手術來減緩症狀，並且接受 XRT 來處理肝臟轉移的問題。之後個案到疼痛處理門診來治療持續的腹痛。個案所接受的 XRT 和其劑量也要記錄在放射治療欄位中。
7	臨床上懷疑有腎臟癌轉移的個案至申報醫院就診，以非侵入性方式來進行緩和照護。
7	肺癌個案首次療程僅接受居家安寧照護。
9	剛被診斷為乳癌廣泛瀰漫性第四期的個案至申報醫院就診，但醫療記錄中，並未說明個案是否有接受緩和照護。
3	大腸癌第四期個案，因肝轉移接受緩和性 TACE 治療。

編碼	理由
0	食道癌個案接受同步化學、放射治療，治療期間因化學治療造成血色素過低而輸血。
0	個案於申報醫院診斷為大腸癌執行左側半結腸切除手術，術後予止痛劑減緩傷口疼痛。
7	個案接受肋膜沾黏術(pleurodesis)，且使用非抗癌性藥物。

其他治療

Other Treatment

欄位長度：2

編碼範圍：00-03, 99

癌登欄位序號 #4.5.1

欄位敘述：

記錄個案在任何醫療機構的首次療程中，所給予其他治療相關情形。其他治療的定義為未能歸類於手術、放射治療、全身性藥物治療或輔助性治療(ancillary treatment)。

收錄目的：

其他治療的資訊用來敘述及評估照護品質和治療成效。

編碼指引：

- 下列處置視為其他治療：
  - UV therapy (ultraviolet) for skin cancer or cutaneous lymphoma.
  - Trichloroacetic acid for anal intraepithelial neoplasia, grade III (AIN III) ONLY.
  - Antibiotics/anti-microbials/anti-viral agents, such as anti-helicobacter pylori for gastric MALT lymphoma ONLY.
  - Retinoid acid (ATRA) for acute promyelocytic leukemia (APL) ONLY.
  - Anagrelide HCl for Essential thrombocythemia ONLY.
  - Phlebotomy for polycythemia vera ONLY
  - Blood-thinners and/or anti-clotting agents for essential thrombocythemia (9962/3) ONLY.
  - 非肝癌個案執行TAE治療。
- 目前血液惡性腫瘤在支持照護的治療原則上並非一般治療所定義的「改變、控制、移除或破壞」增長的癌症組織；為了解血液惡性腫瘤病人是否有接受支持照護，故若接受放血治療和抗凝血劑，如阿斯匹靈等，則於其他治療(編碼01)內收錄。
- 根據SEER Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Coding Manual:輸血(全血或血小板等)為治療貧血症狀，可視為症狀緩解，而非癌症治療；故若個案僅接受輸血治療，請登錄於「緩和治療」欄位中。
- 個案若使用PUVA (psoralen and long wave ultraviolet，長波紫外線光化治療)等治療時，應編碼為01。
- 個案若接受臨床試驗藥物治療，依據藥物種類編碼於化學/荷爾蒙/類固醇/免疫/標靶欄位中，此欄位應編碼為00。
- 個案若接受雙盲試驗，但不清楚使用何種藥物，則應編碼於其他治療欄位。
- 不知道標靶治療治療是否通常使用於個案所罹患癌症的種類和期別，病歷沒有記載其他治療是否有被建議或是已經執行，應編碼為99。
- 另類治療為本手冊未規範定義之各種療法，且個案自行認定該療法對癌症有療效的治療。這些另類療法可包括中草藥、針灸、氣功、生機療法、按摩療法、磁療法、精神療

法和冥想，亦包括在未參與癌症診療認證合格的診所或醫療機構所接受被宣稱具有療效的免疫療法等。若個案**僅**接受另類治療，其**不可**視為其他治療的一種，應編碼於「治療狀態分類」欄位為5。

- 若執行之其他治療是為控制症狀來延長生命、減輕疼痛或使個案感到較舒適，則同時也應記錄在「申報醫院緩和照護」欄位中。
- 實質腫瘤所接受的其他治療，若僅為支持照護，輔助治療或症狀減緩(non-cancer direct treatment)，而並非直接針對癌症組織給予"改變、控制、移除或破壞"的處置，則不可視為其他治療。

編碼	定義
00	• 未接受其他治療，其他治療非首次療程的一部份。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。 • 個案於外院/申報醫院接受臨床試驗藥物治療，且依藥物種類編碼於化學/荷爾蒙/類固醇/免疫/標靶欄位。
01	在申報醫院的首次療程中接受其他治療
02	在外院的首次療程中接受其他治療。
03	個案在申報醫院及外院的首次療程中接受其他治療。
99	• 由於病歷未記載，所以不知道其他治療是否有被建議或是已經執行。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	定義
00	個案於 2018 年診斷為口腔癌第三期，後續接受 Cisplatin 合併免疫治療雙盲臨床試驗 Nimotuzumab or Placebo。
01	新診斷第四期轉移個案至申報醫院，醫師經評估無法以現行的任何治療為個案治療，建議個案接受某雙盲試驗，但無法知道該實驗用藥為何種藥物。
01	ABT-414 合併同步化學放射治療以及輔助性 Temozolomide 用於新診斷之多型性神經膠母細胞瘤(GBM)並有表皮生長因子受體(EGFR)增殖之受試者的一項隨機分配、安慰劑對照、第 3 期試驗 (Intellance1)。

其他治療開始日期 欄位長度：8

Date of Other Treatment Started

癌登欄位序號 #4.5.2

欄位敘述：

收錄其他治療在**任何醫療機構**開始的日期。

收錄目的：

可進行多種治療模式的排序或是評估多種治療的時間間隔。

編碼指引：

- 記錄在申報醫院或外院首次進行其他治療最早的開始日期。
- 若個案僅接受其他治療，則其他治療必然是首次且唯一的治療。因此，本欄位資料與「首次療程開始日期」欄位資料是一致的。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案在任何醫療機構其他治療開始的日期
00000000	• 沒有進行任何的其他治療。 • 由屍體解剖時才診斷為癌症。
88888888	假如治療計畫含其他治療，但在最近一次的追蹤還尚未進行，則編碼為88888888。若此個案後續接受其他治療，本欄位項目須加以更新。
99999999	• 不知道個案是否有接受其他治療。 • 個案有接受其他治療，但是日期不清楚。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。

範例：

編碼	案例
20180316	轉移之病人於 2018 年 3 月 16 日參與臨床試驗。
20180917	真性紅血球增多症(polycythemia vera)的病人於 2018 年 9 月 17 日接受數次放血治療。

結果

首次復發或癌症狀態追蹤日期 欄位長度：8

Date of First Recurrence or Cancer Status Follow-Up

癌登欄位序號 #5.1

NAACCR Item #1860

欄位敘述：

記錄此癌症首次復發或癌症狀態追蹤的日期。

收錄目的：

評估首次治療的效果。

編碼指引：

- 登錄經過一段「**無癌病期間(disease-free period)**」之後，其主責醫師首次診斷該癌病惡化(progression)、轉移、復發之日期。
- 若個案經首次療程後**已disease-free且無復發**，則追蹤到最後能確認此狀態之日期。
- 個案若**從未disease-free**，則追蹤到最後能確認此狀態之日期。
- 個案一旦有復發，則優先摘錄首次復發日期。
- 本欄位應配合「首次復發型式」欄位一起收集資料，不可採用電話或信件訪問的日期。
- 此欄位以申報醫院的資料為主。若無申報醫院資料，可參考外院資料。
- 若個案曾在外院診斷為復發但日期不詳者，盡可能推算至年度、月份。

編碼	定義
CCYYMMDD	• 記錄個案被首次診斷為復發的日期。 • 若個案首療後為disease-free且無復發，則記錄該狀態最後追蹤日期。 • 若個案從未disease-free，則記錄該狀態最後追蹤日期。
00000000	由屍體解剖而診斷為癌症。
99999999	• 不確定癌症是否曾復發或曾disease-free過 (通常為個案分類3者)。 • 有復發，但復發日期不詳。

範例：

編碼	理由
20180102	乳癌個案於 20180102 發現 chest wall recurrence，即 20180113 開立醫囑安排 abdominal CT 及 bone scan，並於 20180115 開始接受化學治療，個案在 20180227 才執行 abdominal CT 及 bone scan 檢查，檢查結果發現有肝臟轉移，bone scan 正常無骨轉移。

編碼	理由
20160428	食道癌個案於 20150331 確診後接受治療，但首次申報日前尚未 disease free。後於病歷上查詢到個案最後於 20160428 至醫院就診，且癌症狀態仍未 disease free。
20190123	卵巢癌個案於 20150308 確診後進行治療。於 20200330 進行滿五年追蹤電訪，個案已死亡。經回溯至 20161001 於病歷上記載 disease free 且持續回診至 20190123，且未曾復發，但 20190123 之後個案就未再回診。
20150610	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經本院手術治療後，病理報告描述 margin free。術後接受 adjuvant chemotherapy，後續轉回離家較近的醫院就近治療，故自 20150610 後未再回診。
20151224	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經手術治療後，病理報告描述 margin not free。後續醫師評估需做化療，但化療未完成，個案自 20151224 就未再回診治療。因進行滿五年追蹤，電訪個案僅能從家屬口中得知病人之前已於外院治療，且已痊癒。
20200608	乳癌於 20150316 確診，經本院手術後之病理報告描述 margin not free。個案接受化學治療未完成，即於 20150601 轉至南部分院繼續治療，且未再回本院檢查。後續進行滿五年追蹤，因本院可查閱分院病歷，此個案後續於 20160331 經各項檢查已痊癒，至 20200608 未復發。

首次復發型式 Type of First Recurrence	欄位長度：2 編碼範圍：00, 04,06, 10, 13-17, 20-22, 25-27, 30, 36, 40, 46, 51-60, 62, 70, 88, 99 癌登欄位序號 #5.2 NAACCR Item #1880

欄位敘述：

個案經病歷記載經過一段無病 (disease-free intermission)或緩解(remission) 期間，首次出現復發的型式。

收錄目的：

評估治療的成效及預後因子。

編碼指引：

- 依據首次復發的型式予以登錄。首次復發有可能發生在個案剛完成首次治療時(well after)。
- 若個案從未disease-free(編碼70)，仍須持續追蹤以了解是否達到disease-free狀態。因為disease-free可能在完成首次治療或後續治療後才出現。
- 若個案是disease-free(編碼00)，則持續追蹤到復發發生為止。首次復發有可能發生在個案首次治療剛完成的時候。
- 首次復發時，主責醫師會針對個案執行全身性檢查，以確認所有復發型態，此時應將所有發現之復發型態合併摘錄。
- 一旦登錄首次復發(編碼04-62或88)後，即使此復發經治療後已disease-free且後續仍出現其他部位的復發或轉移，皆**不須**再登錄。
- 編碼00-70是有層級順序(hierarchical)，應以數字最大的情況編碼。

  例外:若局部或區域復發(編碼10-15、20-25或30)且合併多處遠端部位復發，應編碼為60。
- 若個案首次療程後疾病持續存在(編碼70)，但五年追蹤申報已disease-free (編碼00)，此時首次復發型式應更新為00。
- 若個案首次療程後已disease-free (編碼00)，後續於五年追蹤申報前發現有復發，應更新編碼為適當的復發型式。
- 若腫瘤最初診斷是原位癌，其復發的型式只能選擇06、16、17、26、27、36或46編碼。上述的編碼不適用於其他的腫瘤。
- 編碼00、88或99則可適用於任何腫瘤。
- 癌症有復發，但復發型式不詳應編碼為88。
  - 例如：攝護腺癌的個案檢測PSA值後，若醫師於病歷上描述biochemical failure或是PSA failure，醫師視為復發，則復發型式應編碼為88。
- 雖然首次復發可能出現多處遠端部位轉移或播種(seeding)，但編碼51-59(遠端器官或系統的復發)僅適用於單一部位或系統復發。
- 若白血病在緩解期(remission)，則編碼為00；若為復發(relapse)，則編碼為59。

- 此欄位以申報醫院的資料為主。若無申報醫院資料，可參考外院資料。
- 若個案有超過一種原發腫瘤且主責醫師無法確定首次復發是那一腫瘤引起，則每種原發腫瘤都記錄為復發。若之後可確定發生復發之原發腫瘤，則須更新資料至合適之編碼。
- 於五年追蹤申報時，個案若已失去追蹤或一直未回診，且不確定五年後癌症是否disease-free或復發，則依據病歷上最後記載該癌症的狀態，應編碼為00或70。此時，個案該狀態之最後追蹤日期應編碼於「首次復發或癌症狀態追蹤日期」。

編碼	定義
00	個案治療後 disease-free 且沒有復發。
04	侵襲癌以原位癌的形式復發。
06	原位癌以原位癌的形式復發。
10	局部復發，且無足夠的資訊可供編碼為 13-17。局部復發是指復發在原發器官的殘存組織、在原發器官、在吻合處、或之前器官所在處的疤痕組織。
13	侵襲癌於局部復發。
14	侵襲癌於套管處(trocar)復發。包括在套管的路徑上或之前手術切開處(entrance site)上復發。
15	侵襲癌同時於局部(編碼 13)及套管處(編碼 14)復發。
16	原位癌於局部復發，其他未詳細描述。
17	原位癌同時於局部及套管處復發。
20	區域性復發，且無足夠資訊可供編碼為 21-27。
21	侵襲癌僅於鄰近組織或器官復發。
22	侵襲癌僅於區域淋巴結復發。
25	侵襲癌同時於鄰近組織或器官(編碼 21)及區域淋巴結復發(編碼 22)。
26	原位癌於區域性復發，其他未詳細描述。
27	原位癌同時於鄰近組織或器官以及區域淋巴結復發。
30	侵襲癌之復發以下二組編碼中各一種復發型式之組合： • 鄰近組織/器官或區域淋巴結復發(編碼20-25) • 局部、先前手術套管處或是手術切開處復發(編碼10, 13-15)
36	原位癌之復發以下二組編碼中各一種復發型式之組合： • 鄰近組織/器官或區域淋巴結復發(編碼26-27) • 局部、先前手術套管處或是手術切開處復發(編碼16-17)
40	遠端復發，且無足夠資訊可供編碼為 46-62。
46	原位癌於遠端復發。

編碼	定義
51	侵襲癌僅於腹膜 (peritoneum) 發生遠端復發，或腹水呈現惡性細胞。
52	侵襲癌僅於肺臟(包括 visceral pleura)發生遠端復發。
53	侵襲癌僅於 pleura 發生遠端復發，或肋膜滲液呈現惡性細胞。
54	侵襲癌僅於肝發生遠端復發。
55	侵襲癌僅於骨骼發生遠端復發，但原發部位的骨骼除外。
56	侵襲癌僅於 CNS(包括 brain 和 spinal cord，但 external eye 除外)發生遠端復發。
57	侵襲癌僅於皮膚發生遠端復發，但原發部位的皮膚除外。
58	侵襲癌僅於遠端淋巴結復發，請參考各癌症別遠端淋巴結的定義。
59	侵襲癌僅發生全身性(systemic)遠端復發，包括 lymphoma、leukemia、bone marrow metastasis、carcinomatosis 或 generalized disease 等。
60	侵襲癌之復發為以下二組編碼中各一種復發型式之組合： • 單一或多處遠端部位復發 合併 • 局部或區域復發(編碼10-15、20-25或30)
62	侵襲癌於多處遠端部位復發
70	個案癌症確診後從未 disease-free 過。包括： • 診斷為癌症時即已有遠端轉移。 • 全身性癌症。 • 原發部位不清楚。 • 癌症情況不嚴重尚未加以治療。
88	癌症有復發，但復發型式不詳。
99	不確定癌症是否曾復發或曾 disease-free 過 (通常為個案分類 3 者)。

範例：

編碼	理由
52	乳癌治療後 disease free，一年後發現肺轉移。
62	大腸癌治療後 disease free，其後發現肝臟和肺臟轉移。
60	乳癌個案於 20180102 發現 chest wall recurrence，即 20180113 開立醫囑安排 abdominal CT 及 bone scan，並於 20180115 開始接受化學治療，個案在 20180227 才執行 abdominal CT 及 bone scan 檢查，檢查結果發現有肝臟轉移，bone scan 正常無骨轉移。

編碼	理由
70	食道癌個案於 20150331 確診後接受治療，但首次申報日前尚未 disease free。
00	卵巢癌個案於 20150308 確診後進行治療。於 20200330 進行滿五年追蹤電訪，個案已死亡。經回溯至 20161001 於病歷上記載 disease free 且持續回診至 20190123，且未曾復發，但 20190123 之後個案就未再回診。
00	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經本院手術治療後，病理報告描述 margin free。術後接受 adjuvant chemotherapy，後續轉回離家較近的醫院就近治療，故自 20150610 後未再回診。
00	乳癌於 20150316 確診，經本院手術後之病理報告描述 margin not free。個案接受化學治療未完成，即於 20150601 轉至南部分院繼續治療，且未再回本院檢查。後續進行滿五年追蹤，因本院可查閱分院病歷，此個案後續於 20160331 經各項檢查已痊癒，至 20200608 未復發。
70	子宮體癌第二期個案於 20150406 確診，經手術治療後，病理報告描述 margin not free。後續醫師評估需做化療，但化療未完成，個案自 20151224 就未再回診治療。因進行滿五年追蹤，電訪個案僅能從家屬口中得知病人之前已於外院治療，且已痊癒。

最後聯絡或死亡日期

Date of Last Contact or Death

欄位長度：8

癌登欄位序號 #5.3

NAACCR Item #1750

欄位敘述：

記錄個案的最後聯絡日期或是死亡日期。

收錄目的：

作為個案追蹤和治療結果研究之用。

編碼指引：

- 記錄個案存活時的最後聯絡日期或是個案死亡的日期。
- 如個案患有多發癌症，則其每一癌症的「最後聯絡或死亡日期」都應一致。

編碼	定義
CCYYMMDD	記錄個案的最後聯絡日期或是死亡日期。

範例：

編碼	案例
20040630	個案在民國 93 年 6 月 30 日死亡。
20039999	個案的相關醫療記錄只記載於民國 92 年死亡。
20050114	個案回覆追蹤信函中並無確切的日期資訊，但其信件上之郵戳日期為民國 94 年 1 月 14 日。

生存狀態

Vital Status

欄位長度：1

編碼範圍：0-1

癌登欄位序號 #5.4

NAACCR Item #1760

欄位敘述：

記錄個案「最後聯絡或死亡日期」的存活狀態。

收錄目的：

作為個案追蹤和治療結果研究之用。

編碼指引：

- 本欄位應配合「最後聯絡或死亡日期」一起收集資料。
- 如個案有多發癌症，則每一個癌症的存活狀態應一致。

編碼	標示
0	死亡。
1	存活。

範例：

編碼	案例及理由
0	由衛生署癌症登記中心之申報資料回饋機制中，確定個案已於去年死亡。
1	負責追蹤個案的醫師得到回信，回信中提到個案還存活。

個案行政

摘錄者

Abstracted by

欄位長度：10

向左靠，後面留空白

癌登欄位序號 #6.1

NAACCR Item #570

欄位敘述：

記錄摘錄此癌症登記個案人員之癌症登記證照編號或姓名。

收錄目的：

作為申報醫院內部於數名工作人員在資料庫之品質管控與管理。

編碼指引：

- 優先摘錄癌症登記技術人員進階級認證字號；若無進階認證字號，則摘錄癌症登記技術人員基礎級認證字號；若兩者認證皆無，則摘錄姓名。
- 編碼癌症登記技術人員進階級與基礎級認證字號共八碼：前三碼為民國年；第四碼為A(進階級)或B(基礎級)；後四碼為認證字號。

  例如1：林員通過癌症登記技術人員進階級認證，應記錄(105)癌登進證字第0001。

  例如2：林員僅通過癌症登記技術人員基礎級認證，應記錄(098)癌登基證字第0001號。

  例如3：林員未通過癌症登記技術人員基礎級及進階級認證，應記錄其姓名林OO。

範例：

編碼	案例
105B0001	林員通過癌症登記技術人員基礎級認證，摘錄者依據基礎認證字號為(105)癌登基證字第 0001 號來編碼。
099A0108	陳員通過癌症登記記術人員進階級認證，摘錄者依據進階認證字號為(099)癌登進證字第 0108 號來編碼。

其他因子

身高

Height

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #7.1

欄位敘述：

記錄個案於首次治療前的身高。

收錄目的：

肥胖是致癌的危險因子，為瞭解個案肥胖狀態，需得知個案身體質量指數(BMI)，而身高是計算 BMI 所需數值。

編碼指引：

- 記錄個案於癌症首次療程前一年內，最近一次病歷所記載身高的資料。
- 請直接摘錄個案的身高數值並四捨五入至個位數。
  - 身高小於100cm：四捨五入後不足三碼者請補 0；例如身高75.3cm，編碼075。
  - 身高大於100cm：四捨五入後滿三碼者請直接摘錄；例如身高102.5cm，編碼103。

編碼	定義
000-099	< 100 cm 之身高數值(採四捨五入)。
100-998	≧100 cm 之身高數值(採四捨五入)。
999	病歷未記載或不詳。

體重

Weight

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #7.2

欄位敘述：

記錄個案於首次治療前的體重。

收錄目的：

肥胖是致癌的危險因子，為瞭解個案肥胖狀態，需得知個案身體質量指數(BMI)，而體重是計算 BMI 所需數值。

編碼指引：

- 記錄個案於癌症首次療程前一年內，最近一次病歷所記載體重的資料。
- 請直接摘錄個案的體重數值並四捨五入至個位數。
  - 體重小於100kg：四捨五入後不足三碼者請補 0；例如體重75.3kg，編碼075。
  - 體重大於100kg：四捨五入後滿三碼者請直接摘錄；例如體重102.5kg，編碼103。

編碼	定義
000-099	< 100kg 之體重數值(採四捨五入)。
100-998	≧100kg 之體重數值(採四捨五入)。
999	病歷未記載或不詳。

吸菸行為

Smoking Behavior

欄位長度：6

癌登欄位序號 #7.3

欄位敘述：

記錄個案於最初診斷日前的吸菸行為。

收錄目的：

吸菸是致癌的危險因子。

編碼指引：

- 記錄個案於最初診斷日前一年內，**最近一次**病歷所記載吸菸行為的資料。
- 若病歷無記載個案於最初診斷日前吸菸資訊，則摘錄癌症首次療程前最近一次病歷所記載之吸菸資訊。
- 此欄位共6碼，說明如下：
  - 1-2碼為每日吸菸量(以支為單位)；每日吸菸量≧90支，編碼90。
  - 3-4碼為吸菸年。
  - 5-6碼為戒菸年；但戒菸時間如未達1個月(30天)者，則視為未戒菸。
- 若吸菸量、吸菸年、戒菸年等資訊有小數點者，皆採無條件進位。

  例如：吸菸 1.3 年，吸菸年編碼為 02。
- 若吸菸量、吸菸年、戒菸年等資訊僅有粗略值，應摘錄最大值。

  例如 1：每日吸菸量 5-6 支、吸菸 3-5 年、戒菸 1-2 年，則編碼 060502。

  例如 2：每日吸菸量＞6 支、吸菸＞5 年、戒菸＞2 年，則編碼 060502。
- 若病歷僅記載吸菸(+)但未有數值者，編碼989800；從未吸菸者，編碼000088(不適用)。
- 病歷未記載或吸菸狀態完全不詳者，應編碼999999。

此欄位共6碼，說明如下：

範圍	定義	說明
前2碼	每日吸菸量，以”支”計算(1包菸=20支菸)	• 無吸菸，編碼00。 • 每日10支(半包)，編碼10。 • 每日20支(1包)，編碼20。 • 每日≧90支(≧4.5包)，編碼90。 • 偶爾吸(無規律或無定量)，編碼91。 • 有吸，但量不詳，編碼98。 • 病歷未記載或吸菸狀態完全不詳者，編碼99。
第3、4碼	吸菸年	• 無吸菸，編碼00。 • 吸菸 5年，編碼05。 • 吸菸15年，編碼15。 • 吸菸，但年不詳，請編98。 • 病歷未記載或吸菸狀態完全不詳者，編碼99。
最後2碼	戒菸年	• 無戒菸，編碼00。 • 已戒 5年，編碼05。 • 已戒15年，編碼15。 • 無吸菸，編碼88。 • 已戒，但年不詳，編碼98。 • 病歷未記載或戒菸狀態完全不詳者，編碼99。

舉例：

編碼	案例
20 05 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案目前有抽菸，每日抽 1 包菸(20 支)，抽菸時間長達 5 年。
10 98 10	個案診斷前最近一次病歷記載，個案已戒菸 10 年，以前有抽菸，每日抽半包菸(10 支)，抽菸年度不詳。
90 98 10	個案診斷前最近一次病歷記載，個案已戒菸 10 年，以前有抽菸，每日抽 5 包菸(100 支)，抽菸年度不詳。
91 05 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案偶爾抽菸，目前還有抽，抽菸時間長達 5 年。
30 15 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案抽菸每日抽 1-1.5 包菸(20-30 支)，目前還有抽，抽了 14.3 年。
20 10 20	個案診斷前最近一次病歷記載，個案以前每日抽＞1 包菸(＞20 支)，抽菸時間＜10 年，已戒菸＞20 年。

嚼檳榔行為

Betel Nut Chewing Behavior

欄位長度：6

癌登欄位序號 #7.4

欄位敘述：

記錄個案於最初診斷日前的嚼檳榔行為。

收錄目的：

嚼檳榔是致癌的危險因子。

編碼指引：

- 記錄個案於最初診斷日前一年內，**最近一次**病歷所記載嚼檳榔行為的資料。
- 若病歷無記載個案於最初診斷日前嚼檳榔資訊，則摘錄癌症首次療程前最近一次病歷所記載之嚼檳榔資訊。
- 此欄位共6碼，說明如下：
  - 1-2碼為每日嚼檳榔量(以顆為單位)；每日嚼檳榔量≧90顆，編碼90。
  - 3-4碼為嚼檳榔年。
  - 5-6碼為戒檳榔年；但戒嚼檳榔時間如未達1個月(30天)者，則視為未戒嚼檳榔。
- 若嚼檳榔量、嚼檳榔年、戒嚼檳榔年等資訊有小數點者，皆採無條件進位。

  例如：嚼檳榔 1.3 年，嚼檳榔年編碼為 02。
- 若嚼檳榔量、嚼檳榔年、戒嚼檳榔年等資訊僅有粗略值，應摘錄最大值。

  例如 1：每日嚼檳榔 5-6 顆、嚼檳榔 3-5 年、戒嚼檳榔 1-2 年，則編碼 060502。

  例如 2：每日嚼檳榔＞6 顆、嚼檳榔＞5 年、戒嚼檳榔＞2 年，則編碼 060502。
- 若病歷僅記載嚼檳榔(+)但未有數值者，編碼989800；從未嚼檳榔者，編碼000088(不適用)。
- 病歷未記載或嚼檳榔狀態完全不詳者，應編碼999999。

此欄位共6碼，說明如下：

範圍	定義	說明
前2碼	每日嚼檳榔量，以”顆”計算	• 無嚼檳榔，編碼00。 • 每日10顆，編碼10。 • 每日20顆，編碼20。 • 每日≧90顆，編碼90。 • 偶爾嚼(無規律或無定量)，編碼91。 • 有嚼，但量不詳，編碼98。 • 病歷未記載或嚼檳榔狀態完全不詳者，編碼99。
第3、4碼	嚼檳榔年	• 無嚼檳榔，編碼00。 • 嚼 5年，編碼05。 • 嚼15年，編碼15。 • 嚼檳榔，但年不詳，編碼98。 • 病歷未記載或嚼檳榔狀態完全不詳者，編碼99。
最後2碼	戒嚼檳榔年	• 無戒嚼檳榔，編碼00。 • 已戒 5年，編碼05。 • 已戒15年，編碼15。 • 無嚼檳榔，編碼88。 • 已戒，但年不詳，編碼98。 • 病歷未記載或戒嚼檳榔狀態完全不詳者，編碼99。

舉例：

編碼	案例
20 05 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案目前有嚼檳榔，每日嚼 20 顆，嚼檳榔時間長達 5 年。
10 98 10	個案診斷前最近一次病歷記載，個案已戒檳榔 10 年，以前有嚼檳榔，每日嚼 10 顆，嚼檳榔年度不詳。
90 98 10	個案診斷前最近一次病歷記載，個案已戒檳榔 10 年，以前有嚼檳榔，每日嚼 90 顆，嚼檳榔年度不詳。
91 05 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案偶爾嚼檳榔，目前還有嚼，嚼檳榔時間長達 5 年。
30 15 00	個案診斷前最近一次病歷記載，個案每日嚼檳榔 20-30 顆，目前還有嚼，嚼了 14.3 年。
20 10 20	個案診斷前最近一次病歷記載，個案以前每日嚼檳榔＞20 顆，嚼檳榔時間＜10 年，已戒嚼＞20 年。

喝酒行為

Drinking Behavior

欄位長度：3

編碼範圍：000-004, 009, 999

癌登欄位序號 #7.5

欄位敘述：

記錄個案於最初診斷日前的喝酒行為。

收錄目的：

喝酒是致癌的危險因子。

編碼指引：

- 記錄個案於最初診斷日前一年內，**最近一次**病歷所記載喝酒行為的資料。
- 若病歷無記載個案於最初診斷日前喝酒資訊，則摘錄癌症首次療程前最近一次病歷所記載之喝酒資訊。

編碼	定義
000	從未喝酒。
001	已戒。
002	偶爾喝(不論年數)。
003	習慣性喝酒＜10 年。
004	習慣性喝酒≧10 年。
009	習慣性喝酒，但年數不詳。
999	病歷未記載或不詳。

首次治療前生活功能狀態評估

Assessment of Performance Status before Treatment

欄位長度：3

編碼範圍：000-005, 100, 104, 204, 209, 303-304, 309, 403, 409, 502-503, 509, 602, 609, 701-702, 709, 801, 809, 900-901, 909, 988, 999

癌登欄位序號 #7.6

欄位敘述：

記錄醫師於首次治療前**最近一次**評估個案的生活功能狀態。

收錄目的：

本項目的資料可作為訂定個案治療計畫參考之用。

編碼指引：

- 自2018年起之新診斷個案需申報此欄位。
- 記錄醫師於首次治療前最近一次評估個案的生活功能狀態。
- 首次治療前生活功能狀態的評估以臨床主責醫師為主，其次為其他科別的醫師。
- 未治療個案，持續於院內追蹤時，可能進行多次生活功能狀態評估，登錄時請以判定臨床期別時的評估值為主。
- 生活功能狀態評估採三碼登記，各依實際狀況進行組合編碼：
  第一、二碼表示使用KPS (Karnofsky Scale)評估值、第三碼表示使用ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status評估值；詳細編碼規則請參考下列對應表。
- 若病歷僅記載KPS評估值，且ECOG PS未評估(第三碼應編碼為9)，則KPS定義與對應編碼如下所示。
  注意：KPS=100且ECOG PS=0或ECOG未評估，應編碼為100；KPS=0等同ECOG PS =5，應編碼為005。

編碼	KPS 評估值	定義
100	100	正常，沒有任何抱怨，確定沒有疾病
909	90	可以正常活動，有一些疾病症狀
809	80	可以稍微正常活動，已經有一些疾病的症狀
709	70	可以自我照顧，但無法從事正常活動
609	60	有時需要別人幫助，但能照顧自己大部分需要
509	50	需要考慮別人幫助，經常給予醫療照顧
409	40	傷殘，需要特別照顧及幫助
309	30	嚴重傷殘，尚未有死亡的危險
209	20	病情嚴重，尚未有死亡的危險
104	10	病況緊急，很快有死亡的危險
005	0	未治療即死亡

- 若病歷僅記載ECOG PS評估值，且KPS未評估(第一、二碼應編碼為0)，則ECOG PS定義與對應編碼如下所示：

編碼	ECOG PS 評估值	定義
000	0	活動性與生病之前無異，不受疾病影響
001	1	無法做劇烈活動，但可以走動與從事輕鬆或坐著的工作，例如：家事、辦公室內的工作
002	2	可以走動，可以完全自我照顧，但無法工作，一半以上的清醒時刻是可以下床的
003	3	自我照顧能力有限，一半以上的清醒時刻需臥床或坐輪椅
004	4	處於完全失能狀態，生活完全無法自理，整天臥床或坐輪椅
005	5	未治療即死亡

- 若病歷同時記載KPS與ECOG PS評估值，請依對應位置(第1、2碼KPS，第3碼ECOG PS)與下表定義進行組合編碼：

編碼	定義
100	KPS=100，ECOG PS=0。
900	KPS=90，ECOG PS=0。
901	KPS=90，ECOG PS=1。
801	KPS=80，ECOG PS=1。
701	KPS=70，ECOG PS=1。
702	KPS=70，ECOG PS=2。
602	KPS=60，ECOG PS=2。
502	KPS=50，ECOG PS=2。
503	KPS=50，ECOG PS=3。
403	KPS=40，ECOG PS=3。
303	KPS=30，ECOG PS=3。
304	KPS=30，ECOG PS=4。
204	KPS=20，ECOG PS=4。
104	KPS=10，ECOG PS=4。
005	KPS=0 及/或 ECOG PS=5。
988	不適用。 • 首次療程已在他院執行，無法取得治療前之生活功能狀態評估值。
999	病歷未記載或不詳。

- 若病歷記載生活功能狀態評估為一範圍值，而非單一數值，請以嚴重度高的數值編碼。
  例如1：若病歷上記載KPS為70-80，ECOG PS未評估，請依KPS=70編碼為709。
  例如2：若病歷上記載ECOG PS為1-2，KPS未評估，請依ECOG PS=2編碼為002。
- KPS和ECOG PS評估結果若有不一致，請以生活功能狀態評估嚴重度高的數值編碼。
  例如：KPS為60，ECOG PS為1，則編碼為609。
  KPS為70，ECOG PS為3，則編碼為003。

範例：

編碼	案例
702	病歷中記載KPS評估值為70，ECOG PS評估值為2。
005	病歷中記載KPS評估值為0，ECOG PS評估值為5。
988	乳癌個案於外院進行改良式根除乳房切除術後，僅攜帶病理報告到本院，病歷中未呈現外院生活功能狀態評估值。

癌症部位特定因子

癌症部位特定因子 1

Site-Specific Factor 1

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.1

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 2

Site-Specific Factor 2

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.2

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 3

Site-Specific Factor 3

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.3

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 4

Site-Specific Factor 4

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.4

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 5

Site-Specific Factor 5

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.5

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 6

Site-Specific Factor 6

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.6

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊

癌症部位特定因子 7

Site-Specific Factor 7

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.7

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應現況與臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 8

Site-Specific Factor 8

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.8

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應現況與臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 9

Site-Specific Factor 9

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.9

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應現況與臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

癌症部位特定因子 10

Site-Specific Factor 10

欄位長度：3

編碼範圍：000-999

癌登欄位序號 #8.10

欄位敘述：

記錄與癌症預後和治療決策有關之癌症部位特定因子

收錄目的：

因應現況與臨床實務需求及癌症診療品質提升。

編碼指引：

- 詳細編碼規則請參考各癌症部位特定因子編碼手冊。

附錄 A：戶籍地代碼

附錄 A：戶籍地代碼表

戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區
0100	台北市	0324	台中市西區	0531	台南市永康區
0101	台北市松山區	0325	台中市南區	0532	台南市東區
0102	台北市大安區	0326	台中市北區	0533	台南市南區
0109	台北市大同區	0327	台中市西屯區	0536	台南市中西區
0110	台北市中山區	0328	台中市南屯區	0535	台南市北區
0111	台北市內湖區	0329	台中市北屯區	0537	台南市安南區
0112	台北市南港區	0500	台南市	0538	台南市安平區
0115	台北市士林區	0501	台南市新營區	0700	高雄市
0116	台北市北投區	0502	台南市鹽水區	0701	高雄市鳳山區
0117	台北市信義區	0503	台南市白河區	0702	高雄市岡山區
0118	台北市中正區	0504	台南市麻豆區	0703	高雄市旗山區
0119	台北市萬華區	0505	台南市佳里區	0704	高雄市美濃區
0120	台北市文山區	0506	台南市新化區	0705	高雄市林園區
0300	台中市	0507	台南市善化區	0706	高雄市大寮區
0301	台中市豐原區	0508	台南市學甲區	0707	高雄市大樹區
0302	台中市東勢區	0509	台南市柳營區	0708	高雄市仁武區
0303	台中市大甲區	0510	台南市後壁區	0709	高雄市大社區
0304	台中市清水區	0511	台南市東山區	0710	高雄市鳥松區
0305	台中市沙鹿區	0512	台南市下營區	0711	高雄市橋頭區
0306	台中市梧棲區	0513	台南市六甲區	0712	高雄市燕巢區
0307	台中市后里區	0514	台南市官田區	0713	高雄市田寮區
0308	台中市神岡區	0515	台南市大內區	0714	高雄市阿蓮區
0309	台中市潭子區	0516	台南市西港區	0715	高雄市路竹區
0310	台中市大雅區	0517	台南市七股區	0716	高雄市湖內區
0311	台中市新社區	0518	台南市將軍區	0717	高雄市茄萣區
0312	台中市石岡區	0519	台南市北門區	0718	高雄市永安區
0313	台中市外埔區	0520	台南市新市區	0719	高雄市彌陀區
0314	台中市大安區	0521	台南市安定區	0720	高雄市梓官區
0315	台中市烏日區	0522	台南市山上區	0721	高雄市六龜區
0316	台中市大肚區	0523	台南市玉井區	0722	高雄市甲仙區
0317	台中市龍井區	0524	台南市楠西區	0723	高雄市杉林區
0318	台中市霧峰區	0525	台南市南化區	0724	高雄市內門區
0319	台中市太平區	0526	台南市左鎮區	0725	高雄市茂林區
0320	台中市大里區	0527	台南市仁德區	0726	高雄市桃源區
0321	台中市和平區	0528	台南市歸仁區	0727	高雄市那瑪夏區
0322	台中市中區	0529	台南市關廟區	0728	高雄市鹽埕區
0323	台中市東區	0530	台南市龍崎區	0729	高雄市鼓山區

戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區
0730	高雄市左營區	3114	新北市蘆洲區	3309	新竹縣芎林鄉
0731	高雄市楠梓區	3115	新北市五股區	3310	新竹縣寶山鄉
0732	高雄市三民區	3116	新北市泰山區	3311	新竹縣北埔鄉
0733	高雄市新興區	3117	新北市林口區	3312	新竹縣峨眉鄉
0734	高雄市前金區	3118	新北市深坑區	3313	新竹縣尖石鄉
0735	高雄市苓雅區	3119	新北市石碇區	3314	新竹縣五峰鄉
0736	高雄市前鎮區	3120	新北市坪林區	3400	宜蘭縣
0737	高雄市旗津區	3121	新北市三芝區	3401	宜蘭縣宜蘭市
0738	高雄市小港區	3122	新北市石門區	3402	宜蘭縣羅東鎮
1100	基隆市	3123	新北市八里區	3403	宜蘭縣蘇澳鎮
1101	基隆市中正區	3124	新北市平溪區	3404	宜蘭縣頭城鎮
1102	基隆市七堵區	3125	新北市雙溪區	3405	宜蘭縣礁溪鄉
1103	基隆市暖暖區	3126	新北市貢寮區	3406	宜蘭縣壯圍鄉
1104	基隆市仁愛區	3127	新北市金山區	3407	宜蘭縣員山鄉
1105	基隆市中山區	3128	新北市萬里區	3408	宜蘭縣冬山鄉
1106	基隆市安樂區	3129	新北市烏來區	3409	宜蘭縣五結鄉
1107	基隆市信義區	3200	桃園市	3410	宜蘭縣三星鄉
1200	新竹市	3201	桃園市桃園區	3411	宜蘭縣大同鄉
1201	新竹市東區	3202	桃園市中壢區	3412	宜蘭縣南澳鄉
1204	新竹市北區	3203	桃園市大溪區	3500	苗栗縣
1205	新竹市香山區	3204	桃園市楊梅區	3501	苗栗縣苗栗市
2200	嘉義市	3205	桃園市蘆竹區	3502	苗栗縣苑裡鎮
2201	嘉義市東區	3206	桃園市大園區	3503	苗栗縣通霄鎮
2202	嘉義市西區	3207	桃園市龜山區	3504	苗栗縣竹南鎮
3100	新北市	3208	桃園市八德區	3505	苗栗縣頭份市
3101	新北市板橋區	3209	桃園市龍潭區	3506	苗栗縣後龍鎮
3102	新北市三重區	3210	桃園市平鎮區	3507	苗栗縣卓蘭鎮
3103	新北市永和區	3211	桃園市新屋區	3508	苗栗縣大湖鄉
3104	新北市中和區	3212	桃園市觀音區	3509	苗栗縣公館鄉
3105	新北市新店區	3213	桃園市復興區	3510	苗栗縣銅鑼鄉
3106	新北市新莊區	3300	新竹縣	3511	苗栗縣南庄鄉
3107	新北市樹林區	3301	新竹縣關西鎮	3512	苗栗縣頭屋鄉
3108	新北市鶯歌區	3302	新竹縣新埔鎮	3513	苗栗縣三義鄉
3109	新北市三峽區	3303	新竹縣竹東鎮	3514	苗栗縣西湖鄉
3110	新北市淡水區	3305	新竹縣竹北市	3515	苗栗縣造橋鄉
3111	新北市汐止區	3306	新竹縣湖口鄉	3516	苗栗縣三灣鄉
3112	新北市瑞芳區	3307	新竹縣橫山鄉	3517	苗栗縣獅潭鄉
3113	新北市土城區	3308	新竹縣新豐鄉	3518	苗栗縣泰安鄉

戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區
3700	彰化縣	3811	南投縣水里鄉	4014	嘉義縣竹崎鄉
3701	彰化縣彰化市	3812	南投縣信義鄉	4015	嘉義縣梅山鄉
3702	彰化縣鹿港鎮	3813	南投縣仁愛鄉	4016	嘉義縣番路鄉
3703	彰化縣和美鎮	3900	雲林縣	4017	嘉義縣大埔鄉
3704	彰化縣北斗鎮	3901	雲林縣斗六市	4018	嘉義縣阿里山鄉
3705	彰化縣員林市	3902	雲林縣斗南鎮	4300	屏東縣
3706	彰化縣溪湖鎮	3903	雲林縣虎尾鎮	4301	屏東縣屏東市
3707	彰化縣田中鎮	3904	雲林縣西螺鎮	4302	屏東縣潮州鎮
3708	彰化縣二林鎮	3905	雲林縣土庫鎮	4303	屏東縣東港鎮
3709	彰化縣線西鄉	3906	雲林縣北港鎮	4304	屏東縣恆春鎮
3710	彰化縣伸港鄉	3907	雲林縣古坑鄉	4305	屏東縣萬丹鄉
3711	彰化縣福興鄉	3908	雲林縣大埤鄉	4306	屏東縣長治鄉
3712	彰化縣秀水鄉	3909	雲林縣莿桐鄉	4307	屏東縣麟洛鄉
3713	彰化縣花壇鄉	3910	雲林縣林內鄉	4308	屏東縣九如鄉
3714	彰化縣芬園鄉	3911	雲林縣二崙鄉	4309	屏東縣里港鄉
3715	彰化縣大村鄉	3912	雲林縣崙背鄉	4310	屏東縣鹽埔鄉
3716	彰化縣埔鹽鄉	3913	雲林縣麥寮鄉	4311	屏東縣高樹鄉
3717	彰化縣埔心鄉	3914	雲林縣東勢鄉	4312	屏東縣萬巒鄉
3718	彰化縣永靖鄉	3915	雲林縣褒忠鄉	4313	屏東縣內埔鄉
3719	彰化縣社頭鄉	3916	雲林縣台西鄉	4314	屏東縣竹田鄉
3720	彰化縣二水鄉	3917	雲林縣元長鄉	4315	屏東縣新埤鄉
3721	彰化縣田尾鄉	3918	雲林縣四湖鄉	4316	屏東縣枋寮鄉
3722	彰化縣埤頭鄉	3919	雲林縣口湖鄉	4317	屏東縣新園鄉
3723	彰化縣芳苑鄉	3920	雲林縣水林鄉	4318	屏東縣崁頂鄉
3724	彰化縣大城鄉	4000	嘉義縣	4319	屏東縣林邊鄉
3725	彰化縣竹塘鄉	4001	嘉義縣朴子市	4320	屏東縣南州鄉
3726	彰化縣溪州鄉	4002	嘉義縣布袋鎮	4321	屏東縣佳冬鄉
3800	南投縣	4003	嘉義縣大林鎮	4322	屏東縣琉球鄉
3801	南投縣南投市	4004	嘉義縣民雄鄉	4323	屏東縣車城鄉
3802	南投縣埔里鎮	4005	嘉義縣溪口鄉	4324	屏東縣滿州鄉
3803	南投縣草屯鎮	4006	嘉義縣新港鄉	4325	屏東縣枋山鄉
3804	南投縣竹山鎮	4007	嘉義縣六腳鄉	4326	屏東縣三地門鄉
3805	南投縣集集鎮	4008	嘉義縣東石鄉	4327	屏東縣霧台鄉
3806	南投縣名間鄉	4009	嘉義縣義竹鄉	4328	屏東縣瑪家鄉
3807	南投縣鹿谷鄉	4010	嘉義縣鹿草鄉	4329	屏東縣泰武鄉
3808	南投縣中寮鄉	4011	嘉義縣太保市	4330	屏東縣來義鄉
3809	南投縣魚池鄉	4012	嘉義縣水上鄉	4331	屏東縣春日鄉
3810	南投縣國姓鄉	4013	嘉義縣中埔鄉	4332	屏東縣獅子鄉

戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區	戶籍代碼	戶籍地區
4333	屏東縣牡丹鄉	4513	花蓮縣卓溪鄉	9003	金門縣金湖鎮
4400	澎湖縣	4600	台東縣	9004	金門縣金寧鄉
4401	澎湖縣馬公市	4601	台東縣台東市	9005	金門縣烈嶼鄉
4402	澎湖縣湖西鄉	4602	台東縣成功鎮	9006	金門縣烏坵鄉
4403	澎湖縣白沙鄉	4603	台東縣關山鎮	9100	連江縣
4404	澎湖縣西嶼鄉	4604	台東縣卑南鄉	9101	連江縣南竿鄉
4405	澎湖縣望安鄉	4605	台東縣大武鄉	9102	連江縣北竿鄉
4406	澎湖縣七美鄉	4606	台東縣太麻里鄉	9103	連江縣莒光鄉
4500	花蓮縣	4607	台東縣東河鄉	9104	連江縣東引鄉
4501	花蓮縣花蓮市	4608	台東縣長濱鄉	其他	
4502	花蓮縣鳳林鎮	4609	台東縣鹿野鄉	9901	美　國
4503	花蓮縣玉里鎮	4610	台東縣池上鄉	9902	加拿大
4504	花蓮縣新城鄉	4611	台東縣綠島鄉	9903	韓　國
4505	花蓮縣吉安鄉	4612	台東縣延平鄉	9904	日　本
4506	花蓮縣壽豐鄉	4613	台東縣海端鄉	9905	港　澳
4507	花蓮縣光復鄉	4614	台東縣達仁鄉	9906	菲律賓
4508	花蓮縣豐濱鄉	4615	台東縣金峰鄉	9907	泰　國
4509	花蓮縣瑞穗鄉	4616	台東縣蘭嶼鄉	9908	馬來西亞
4510	花蓮縣富里鄉	9000	金門縣	9999	其他國家或不詳
4511	花蓮縣秀林鄉	9001	金門縣金城鎮		
4512	花蓮縣萬榮鄉	9002	金門縣金沙鎮		

附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼

Oral Cavity

Lip C000–C009, Base of Tongue C019, Other Parts of Tongue C020–C029, Gum C030–C039, Floor of Mouth C040–C049, Palate C050–C059,Other Parts of Mouth C060–C069

(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

[**SEER Note:** Codes 20-27 include shave and wedge resection]

30 Wide excision,NOS
Code 30 includes:
Hemiglossectomy
Partial glossectomy

40 Radical excision of tumor, NOS
- 41 Radical excision of tumor ONLY
- 42 Combination of 41 WITH resection in continuity with mandible (marginal, segmental, hemi-, or total resection)
- 43 Combination of 41 WITH resection in continuity with maxilla (partial, subtotal, or total resection)
- 44 Combination of 41 WITH resection in continuity with mandible and maxilla(marginal, segmental, hemi-, or total resection)

[**SEER Note:** "In continuity with" or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

Codes 40–44 include：

Total glossectomy

Radical glossectomy

Specimen sent to pathology from surgical events 20-44

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Parotid and Other Unspecified Glands
Parotid Gland C079, Major Salivary Glands C080–C089
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation

25 Laser excision

[**SEER Note:** Codes 30-80 include major salivary gland, NOS]

30 Less than total parotidectomy, NOS; less than total removal of major salivary gland, NOS
- 31 Facial nerve spared
- 32 Facial nerve sacrificed

33 Superficial lobe ONLY
- 34 Facial nerve spared
- 35 Facial nerve sacrificed

36 Deep lobe (Total)

[**SEER Note:**Codes 30-36 are with or without superficial lobe]
- 37 Facial nerve spared
- 38 Facial nerve sacrificed

[**SEER Note:** Codes 40-80 may include submandibulectomy and submaxillectomy]

40 Total parotidectomy, NOS; total removal of major salivary gland, NOS
- 41 Facial nerve spared
- 42 Facial nerve sacrificed

50 Radical parotidectomy, NOS; radical removal of major salivary gland, NOS
- 51 WITHOUT removal of temporal bone
- 52 WITH removal of temporal bone
- 53 WITH removal of overlying skin (requires graft or flap coverage)

80 Parotidectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Pharynx
Tonsil C090–C099, Oropharynx C100–C109, Nasopharynx C110–C119
Pyriform Sinus C129, Hypopharynx C130–C139, Pharynx C140
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Stripping

No specimen sent to pathology from surgical events 10–15

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision
- 28 Stripping

30 Pharyngectomy, NOS
- 31 Limited/partial pharyngectomy; tonsillectomy, bilateral tonsillectomy
- 32 Total pharyngectomy

40 Pharyngectomy WITH laryngectomy OR removal of contiguous bone tissue, NOS (does NOT include total mandibular resection)

[**SEER Note:** Code 40 includes mandibulectomy (marginal, segmental, hemi-, and/or laryngectomy) NOS. Contiguous bone tissue refers to the mandible.]
- 41 WITH laryngectomy (laryngopharyngectomy)
- 42 WITH bone [mandibulectomy]
- 43 WITH both 41 and 42

[**SEER Note:** Use **code 40** when the patient had a pharyngectomy and maybe some sort of mandibulectomy and/or maybe a laryngectomy, but the exact procedures are not clear. Use **code 41** when the patient had pharyngectomy and laryngectomy but no mandibulectomy. Use **code 42** when the patient had pharyngectomy and mandibulectomy but no laryngectomy. Use **code 43** when it is known that the patient had both a mandibulectomy and laryngectomy in addition to the pharyngectomy.]

50 Radical pharyngectomy (includes total mandibular resection), NOS
- 51 WITHOUT laryngectomy
- 52 WITH laryngectomy

Specimen sent to pathology from surgical events 20-52.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Esophagus
C150–C159
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA)

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy
- 2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)
- 2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

30 Partial esophagectomy

40 Total esophagectomy, NOS

50 Esophagectomy, NOS WITH laryngectomy and/or gastrectomy, NOS
[**SEER Note:** Codes 50-55 include partial esophagectomy, total esophagectomy, or esophagectomy, NOS.]
- 51 WITH laryngectomy
- 52 WITH gastrectomy, NOS
- 53 Partial gastrectomy
- 54 Total gastrectomy
- 55 Combination of 51 WITH any of 52–54

80 Esophagectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Stomach
C160–C169
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy
- 2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)
- 2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

30 Gastrectomy, NOS (partial, subtotal, hemi-)
- 31 Antrectomy, lower (distal-less than 40% of stomach)***
- 32 Lower (distal) gastrectomy (partial, subtotal, hemi-)
- 33 Upper (proximal) gastrectomy (partial, subtotal, hemi-)

Code 30 includes:
Partial gastrectomy, including a sleeve resection of the stomach
Billroth I: anastomosis to duodenum (duodenostomy)
Billroth II: anastomosis to jejunum (jejunostomy)

40 Near-total or total gastrectomy, NOS
- 41 Near-total gastrectomy
- 42 Total gastrectomy

A total gastrectomy may follow a previous partial resection of the stomach

50 Gastrectomy, NOS WITH removal of a portion of esophagus
- 51 Partial or subtotal gastrectomy
- 52 Near total or total gastrectomy

Codes 50–52 are used for gastrectomy resection when only portions of esophagus are included in procedure

60 Gastrectomy with a resection in continuity with the resection of other organs, NOS***
- 61 Partial or subtotal gastrectomy, in continuity with the resection of other organs***
- 62 Near total or total gastrectomy, in continuity with the resection of other organs***
- 63 Radical gastrectomy, in continuity with the resection of other organs***

Codes 60–63 are used for gastrectomy resections with organs other than esophagus. Portions of esophagus may or may not be included in the resection.

Note: Codes 30-63 may include omentectomy among the organs/tissues removed. “In continuity with” or “en bloc” means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

80 Gastrectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

*** Incidental splenectomy NOT included

Colon
C180–C189
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item *Surgical Procedure/Other Site* (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Do not code a colostomy, with no colon tissue removed, as surgery. If colostomy is the only procedure performed, assign surgery code 00.]

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
27 Excisional biopsy
26 Polypectomy, NOS
28 Polypectomy-endoscopic
29 Polypectomy-surgical excision
2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)
2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–29 WITH
22 Electrocautery
[**SEER Note:** Code 22 above combines 20 Local tumor excision, 26 Polypectomy, NOS, 27 Excisional biopsy, 28 Polypectomy-endoscopic, or 29 Polypectomy-surgical excision WITH 22 Electrocautery.]

30 Partial colectomy [but less than hemicolectomy] segmental resection
32 Plus resection of contiguous organ; example: small bowel, bladder
[**SEER Note:** Code 30 includes but is not limited to the following procedures: Appendectomy (for an appendix primary only), enterocolectomy, ileocolectomy, partial colectomy, NOS, partial resection of transverse colon and flexures, and segmental resection (such as cecectomy or sigmoidectomy). Note that the removal of a short portion of the distal ileum is **not** "removal of a contiguous organ".]

40 Subtotal colectomy/hemicolectomy (total right or left colon and a portion of transverse colon)
41 Plus resection of contiguous organ; example: small bowel, bladder
[SEER Note: Code 40 includes extended (but less than total) right or left colectomy. Note that the removal of a short portion of the distal ileum is **not** "removal of a contiguous organ".]

50 Total colectomy (removal of colon from cecum to the rectosigmoid junction; may include a portion of the rectum)
51 Plus resection of contiguous organ; example: small bowel, bladder
[**SEER Note:** Removal of a short portion of the distal ileum is **not** "removal of a contiguous organ"]

60 Total proctocolectomy (removal of colon from cecum to the rectosigmoid junction, including the entire rectum)
[**SEER Note:** Commonly used for familial polyposis or polyposis coli]
61 Plus resection of contiguous organ; example: small bowel, bladder
[**SEER Note:** Removal of a short portion of the distal ileum is **not** "removal of a contiguous organ"]

70 Colectomy or coloproctotectomy with resection of contiguous organ(s), NOS (where there is not enough information to code 32, 41, 51, or 61)

Code 70 includes: Any colectomy (partial, hemicolectomy, or total) WITH a resection of any other organs in continuity with the primary site. Other organs may be partially or totally removed. Other organs may include, but are not limited to, oophorectomy, partial proctectomy, rectal mucosectomy, or pelvic exenteration.
[**SEER Note:** "In continuity with" or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

80 Colectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Rectosigmoid
C199
(Except for M9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 27, 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
26 Polypectomy
27 Excisional biopsy
2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)
2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Combination of 20 or 26–27 WITH
22 Electrocautery

30 Wedge or segmental resection; partial proctosigmoidectomy, NOS
31 Plus resection of contiguous organs; example: small bowel, bladder

Procedures coded 30 include, but are not limited to:
Anterior resection
Hartmann operation
Low anterior resection (LAR)
Partial colectomy, NOS
Rectosigmoidectomy, NOS
Sigmoidectomy

40 Pull through WITH sphincter preservation (colo-anal anastomosis)
[**SEER Note:** Procedures coded 40 include but are not limited to: Altemeier's operation, Duhamel's operation, Soave's submucosal resection, Swenson's operation, Turnbull's operation]

50 Total proctectomy
[**SEER Note:** Procedures coded 50 include but are not limited to: Abdominoperineal resection (A & P resection), anterior/posterior resection (A/P resection)/Miles' operation, Rankin's operation]

51 Total colectomy
[**SEER Note:** Removal of the colon from cecum to rectosigmoid or portion of rectum]

55 Total colectomy WITH ileostomy, NOS
56 Ileorectal reconstruction
57 Total colectomy WITH other pouch; example: Koch pouch

60 Total proctocolectomy, NOS [SEER Note*:* Combination of 50 and 51]
65 Total proctocolectomy WITH ileostomy, NOS
66 Total proctocolectomy WITH ileostomy and pouch
Removal of the colon from cecum to the rectosigmoid or a portion of the rectum.

70 Colectomy or proctocolectomy resection in continuity with other organs; pelvic exenteration
[**SEER Note:** Procedures that may be part of an en bloc resection include, but are not limited to: an oophorectomy and a rectal mucosectomy. Code 70 includes any colectomy (partial, hemicolectomy or total) with an en bloc resection of any other organs. The "other organs" may be partially or totally resected. "In continuity with" or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen.]

80 Colectomy, NOS; Proctectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Rectum
C209
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 27, 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
No specimen sent to pathology from surgical events 10-14

20 Local tumor excision, NOS
27 Excisional biopsy
26 Polypectomy
2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)
2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–27 WITH
22 Electrocautery
28 Curette and fulguration

30 Wedge or segmental resection; partial proctectomy, NOS
Procedures coded 30 include, but are not limited to:
Anterior resection
Hartmann's operation
Low anterior resection (LAR)
Transsacral rectosigmoidectomy
Total mesorectal excision (TME)

40 Pull through WITH sphincter preservation (colo-anal anastomosis)
[**SEER Note:** Procedures coded 40 include but are not limited to: Altemeier's operation, Duhamel's operation, Soave's submucosal resection, Swenson's operation, Turnbull's operation]

50 Total proctectomy
Procedure coded 50 includes, but is not limited to:
Abdominoperineal resection (Miles Procedure)
[**SEER Note:** Also called A & P resection, anterior/posterior (A/P) resection/Miles' operation, Rankin's operation]

60 Total proctocolectomy, NOS

70 Proctectomy or proctocolectomy with resection in continuity with other organs; pelvic exenteration

[**SEER Note:** In continuity with or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

80 Proctectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Anus
C210–C218
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

[**SEER Note:** Do not code infrared coagulation as treatment.]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Thermal ablation

No specimen sent to pathology from surgical events 10–15

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

[**SEER Note:** Margins of resection may have microscopic involvement]

60 Abdominal perineal resection, NOS (APR; Miles procedure)
- 61 APR and sentinel node excision
- 62 APR and unilateral inguinal lymph node dissection
- 63 APR and bilateral inguinal lymph node dissection

The lymph node dissection should also be coded under Scope of Regional Lymph Node Surgery (癌登欄位序號 #4.16 or 4.17).

Specimen sent to pathology from surgical events 20-63.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Liver And Intrahepatic Bile Ducts
C22.0–C22.1
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS

- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Transcatheter arterial embolization (TAE)
- 16 Alcohol (Percutaneous Ethanol Injection-PEI) /acetic acid

[SEER Note: Code 16 (Alcohol (Percutaneous Ethanol Injection-PEI)) can also be described as an "intratumoral injection of alcohol" or "alcohol ablation"]

- 17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA) (Inculdes use of microwave ablation (MWA)
- 18 Any combination of 15,16 or 17
- 19 Other (ultrasound)

No specimen sent to pathology from surgical events 10–19.

20 Wedge or segmental resection, NOS

- 21 Wedge resection
- 22 Segmental resection, NOS
  - 23 One
  - 24 Two
  - 25 Three

[**SEER Note:** Codes 23-25 mean one, two or three wedges or segments of the liver were removed.**]**

- 26 Segmental resection AND local tumor destruction TAE only
- 27 Segmental resection AND local tumor destruction PEI /acetic acid only
- 28 Segmental resection AND local tumor destruction RFA only
- 29 Any combination of 26, 27 or 28

Specimen sent to pathology from surgical events 20–26.

30 Lobectomy, NOS

- 31 Right lobectomy
- 32 Left lobectomy
- 33 Lobectomy AND local tumor destruction TAE only
- 34 Lobectomy AND local tumor destruction PEI /acetic acid only
- 35 Lobectomy AND local tumor destruction RFA only
- 38 Any combination of 33, 34 or 35

[**SEER Note:**Code 30 also referred to as simple lobectomy]

50 Extended lobectomy, NOS (extended: resection of a single lobe plus a segment of another lobe)

- 51 Extended Right lobectomy

52 Extended Left lobectomy
53 Extended lobectomy AND local tumor destruction TAE only
54 Extended lobectomy AND local tumor destruction PEI /acetic acid only
55 Extended lobectomy AND local tumor destruction RFA only
59 Any combination of 53, 54 or 55

60 Hepatectomy, NOS

61 Total hepatectomy and transplant

65 Excision of a bile duct (for an intra-hepatic bile duct primary only)

66 Excision of a bile duct PLUS partial hepatectomy

75 Bile duct and hepatectomy WITH transplant

Specimen sent to pathology from surgical events 20-75

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Pancreas
C250–C259
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

16 Percutaneous ethanol injection (PEI)

17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA)

25 Local excision of tumor, NOS

30 Partial pancreatectomy, NOS; example: distal

35 Local or partial pancreatectomy and duodenectomy
  36 **WITHOUT** distal/partial gastrectomy
  37 **WITH** partial gastrectomy (Whipple)

40 Total pancreatectomy

60 Total pancreatectomy and subtotal gastrectomy or duodenectomy

70 Extended pancreatoduodenectomy

80 Pancreatectomy, NOS

90 Surgery, NOS
  [SEER Note: Assign code 90 for NanoKnife, or irreversible electroporation (IRE)]

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Larynx
C320–C329
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Stripping

No specimen sent to pathology from surgical events 10–15

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision
- 28 Stripping

30 Partial excision of the primary site, NOS; subtotal/partial laryngectomy NOS; hemilaryngectomy NOS
- 31 Vertical laryngectomy
- 32 Anterior commissure laryngectomy
- 33 Supraglottic laryngectomy

[**SEER Note: Vertical laryngectomy:** Removal of involved true vocal cord, ipsilateral false vocal cord, intervening ventricle, and/or ipsilateral thyroid and may include removal of the arytenoids.

Supraglottic laryngectomy: Conservative surgery intended to preserve the laryngeal function. Standard procedure involves removal of epiglottis, false vocal cords, aryepiglottic folds, arytenoid cartilages, ventricle, upper one third of thyroid cartilage, and/or thyroid membrane. The true vocal cords and arytenoids remain in place to allow vocalization and deglutition.]

40 Total or radical laryngectomy, NOS
- 41 Total laryngectomy ONLY
- 42 Radical laryngectomy ONLY

[SEER Note: Radical laryngectomy: Includes removal of adjacent sites. Do not code the removal of adjacent sites in Surgical Procedure of Other Site.]

50 Pharyngolaryngectomy

80 Laryngectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Lung
C340–C349
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction or excision, NOS
Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded 19 (used principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

15 Local tumor destruction, NOS
12 Laser ablation or cryosurgery
13 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
No specimen sent to pathology from surgical events 12-13 and 15

[**SEER Note:** Assign code 15 for radiofrequency ablation (RFA).]

20 Excision or resection of less than one lobe, NOS
23 Excision, NOS
24 Laser excision
25 Bronchial sleeve resection ONLY
21 Wedge resection
22 Segmental resection, including lingulectomy
Specimen sent to pathology from surgical events 20–25

30 Resection of [at least one] lobe or bilobectomy, but less than the whole lung (partial pneumonectomy, NOS)
33 Lobectomy WITH mediastinal lymph node dissection
The lymph node dissection should also be coded under Scope of Regional Lymph Node Surgery(癌登欄位序號 #4.16 or 4.17).

[**SEER Note:** Assign code 30 when lymph node dissection is not performed, but lymph nodes are obtained as part of the lobectomy specimen.]

45 Lobe or bilobectomy extended, NOS
46 WITH chest wall
47 WITH pericardium
48 WITH diaphragm

55 Pneumonectomy, NOS
[**SEER Note:** Code 55 includes the following procedures: complete pneumonectomy, sleeve pneumonectomy, standard pneumonectomy, total pneumonectomy, resection of whole lung]

56 WITH mediastinal lymph node dissection (radical pneumonectomy)
The lymph node dissection should also be coded under Scope of Regional Lymph Node Surgery(癌登欄位序號 #4.16 or 4.17).

65 Extended pneumonectomy
66 Extended pneumonectomy plus pleura or diaphragm
70 Extended radical pneumonectomy
The lymph node dissection should also be coded under Scope of Regional Lymph Node Surgery(癌登欄位序號 #4.16 or 4.17).

[**SEER Note:** An extended radical pneumonectomy is a radical pneumonectomy (including removal of mediastinal

nodes) and the removal of other tissues or nodes]

80 Resection of lung, NOS

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Hematopoietic/Reticuloendothelial/
Immunoproliferative/Myeloproliferative Disease
C420, C421, C423, C424 (with any histology)
or
M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, 9975-9993(with any site, except C77.0-C77.9)

Codes

98 All hematopoietic/reticuloendothelial/immunoproliferative/myeloproliferative disease sites and/or histologies, WITH or WITHOUT surgical treatment

Surgical procedures for hematopoietic, reticuloendothelial, immunoproliferative, myeloproliferative primaries are to be recorded using the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note:** 99 Death certificate only]

Bones, Joints, And Articular Cartilage C400–C419
Peripheral Nerves And Autonomic Nervous System C470–C479
Connective, Subcutaneous, And Other Soft Tissues C490–C499
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction or excision, NOS
Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded 19 (principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

15 Local tumor destruction
No specimen sent to pathology from surgical event 15

25 Local excision

26 Partial resection

30 Radical excision or resection of lesion WITH limb salvage

40 Amputation of limb
- 41 Partial amputation of limb
- 42 Total amputation of limb

50 Major amputation, NOS
- 51 Forequarter, including scapula
- 52 Hindquarter, including ilium/hip bone
- 53 Hemipelvectomy**, NOS**
- 54 Internal hemipelvectomy

Specimen sent to pathology from surgical events 25-54

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Spleen
C42.2
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction, NOS

Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded to 19 (principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003).

21 Partial splenectomy

22 Total splenectomy

80 Splenectomy, NOS

Specimen sent to pathology for surgical events 21-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Skin
C440–C449
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser ablation

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation

25 Laser excision

[**SEER Note:** Assign code 11 if there is no pathology specimen. Assign code 21 if there is a pathology specimen. Codes 20-27 include shave and wedge resection]

30 Biopsy of primary tumor followed by a gross excision of the lesion (does not have to be done under the same anesthesia)
- 31 Shave biopsy followed by a gross excision of the lesion
- 32 Punch biopsy followed by a gross excision of the lesion
- 33 Incisional biopsy followed by a gross excision of the lesion
- 34 Mohs surgery, NOS
  [**SEER Note:** Assign code 34 for shave biopsy followed by Mohs surgery for melanoma of the skin. Assign code 34 for Mohs surgery with unknown margins.]
- 35 Mohs with 1-cm margin or less
- 36 Mohs with more than 1-cm margin
  [**SEER Note:** Assign code 35 for shave biopsy followed by Mohs with 1 cm margin or less. Assign code 36 for shave biopsy followed by Mohs with more than 1 cm margin.]

[**SEER Note:** Codes 30 to 35 include less than a wide excision, less than or equal to 1-cm margin, or status of margin is unknown. If it is stated to be a **wide excision** or **reexcision**, but the **margins are unknown**, code to 30.
Assign a surgery code from the 30-35 range when any margin is less than 1 cm.
Example: Melanoma: with surgical margins greater than 1 cm for length and width but less than 1 cm for depth. Assign a surgery code in the 30-35 range. Since tumor thickness is an important prognostic factor for cutaneous melanoma, the deep margin is of particular importance.
Use code 45 when there is a wide excision AND it is known that the margins of excision are greater than 1 cm.]

45 Wide excision or reexcision of lesion or minor (local) amputation with margins more than 1 cm, NOS. Margins MUST be microscopically negative.
- 46 WITH margins more than 1 cm and less than or equal to 2 cm
- 47 WITH margins greater than 2 cm

If the excision or reexcision has microscopically negative margins less than 1 cm OR the margins are more than 1 cm but are not microscopically confirmed, use the appropriate code, 20-36.

[**SEER Note:** Assign code 47 for amputation of finger.

Example: Amputation of finger for subungual melanoma.]

60 Major amputation

Specimen sent to pathology from surgical events 20-60.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Breast
C500–C509
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction, NOS

No specimen was sent to pathology for surgical events coded 19 (principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

20 Partial mastectomy, NOS; less than total mastectomy, NOS
- 21 Partial mastectomy WITH nipple resection
- 22 Lumpectomy or excisional biopsy
- 23 Reexcision of the biopsy site for gross or microscopic residual disease
- 24 Segmental mastectomy (including wedge resection, quadrantectomy, tylectomy)

Procedures coded 20–24 remove the gross primary tumor and some of the breast tissue (breast-conserving or -preserving). There may be microscopic residual tumor.

[**SEER Note:** When a patient has a procedure coded to 20-24 (e.g., lumpectomy) with reconstruction, code only the procedure (e.g., lumpectomy, code 22) as the surgery.]

[**SEER Note:** Assign code 22 when a patient has a lumpectomy and an additional margin excision during the same procedure.]

According to the Commission on Cancer, re-excision of the margins intraoperatively during same surgical event does not require additional resources; it is still 22. Subsequent re-excision of lumpectomy margins during separate surgical event requires additional resources: anesthesia, op room, and surgical staff; it qualifies for code 23.

30 Subcutaneous mastectomy

A subcutaneous mastectomy, also called a nipple sparing mastectomy, is the removal of breast tissue without the nipple and areolar complex or overlying skin. It is performed to facilitate immediate breast reconstruction. Cases coded 30 may be considered to have undergone breast reconstruction.

40 Total (simple) mastectomy
- 41 WITHOUT removal of uninvolved contralateral breast
  - 43 Reconstruction, NOS
    - 44 Tissue
    - 45 Implant
    - 46 Combined (tissue and implant)
- 42 WITH removal of uninvolved contralateral breast
  - 47 With Reconstruction, NOS
    - 48 Tissue
    - 49 Implant
    - 75 Combined (tissue and implant)

[**SEER Note:** "Tissue" for reconstruction is defined as human tissue such as muscle (latissimus dorsi or rectus abdominis) or skin in contrast to artificial prostheses (implants). Placement of a tissue expander at the time of original surgery indicates that reconstruction is planned as part of the first course of treatment.]

[**SEER Note:** Assign code 43 for a simple mastectomy with tissue expanders and acellular dermal matrix/AlloDerm. The tissue expander indicates preparation for reconstruction. The acellular dermal matrix/AlloDerm is not coded because, while they often accompany an implant procedure, they are not the principle element of reconstructive procedures. The principle elements would be tissue from the patient and/or prosthetics (e.g., gel implants).]

A total (simple) mastectomy removes all breast tissue, the nipple, and areolar complex. An

axillary dissection is not done, but sentinel lymph nodes may be removed.

For **single** primaries only, code removal of involved contralateral breast under the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9**).**

[**SEER Note:** Example of single primary with removal of involved contralateral breast--Inflammatory carcinoma involving both breasts.Bilateral simple mastectomies. Code Surgery of Primary Site 41 and code Surgical Procedure of Other Site 1.]

If the **contralateral breast** reveals a **second primary**, each breast is abstracted separately. The surgical procedure is coded 41 for the first primary. The surgical code for the contralateral breast is coded to the procedure performed on that site.

[**SEER Note:** Placement of a tissue expander at the time of original surgery means that reconstruction is planned as part of the first course of treatment. When an expander is placed, code the mastectomy and reconstruction.]

Reconstruction that is planned as part of first course treatment is coded 43-49 or 75, regardless of whether it is done at the time of mastectomy or later.

[***SEER Note:*** Reconstruction may be done at the same time as the mastectomy or may be done later. Code 43-49, or 75 if the operative report or medical record states reconstruction will be done later, or if a tissue expander is inserted during the mastectomy procedure. Tissue expander insertion precedes reconstruction.]

76 Bilateral mastectomy for a single tumor involving both breasts, as for bilateral inflammatory carcinoma.

50 Modified radical mastectomy
- 51 WITHOUT removal of uninvolved contralateral breast
  - 53 Reconstruction, NOS
    - 54 Tissue
    - 55 Implant
    - 56 Combined (tissue and implant)
- 52 WITH removal of uninvolved contralateral breast
  - 57 Reconstruction, NOS
    - 58 Tissue
    - 59 Implant
    - 63 Combined (tissue and implant)

Removal of all breast tissue, the nipple, the areolar complex, and variable amounts of breast skin in continuity with the axilla. The specimen may or may not include a portion of the pectoralis major muscle.

[**SEER Note:** “In continuity with” or “en bloc” means that all the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen. “Tissue” for reconstruction is defined as human tissue such as muscle (latissimus dorsi or rectus abdominis) or skin in contrast to artificial prostheses (implants). Placement of a tissue expander at the time of original surgery indicates that reconstruction is planned as part of the first course of treatment.]

If contralateral breast reveals a second primary, it is abstracted separately. The surgical procedure is coded 51 for the first primary. The surgical code for the Contralateral breast is coded to the procedure performed for that site.

For **single** primaries only, code removal of involved contralateral breast under the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9).

60 Radical mastectomy, NOS
- 61 WITHOUT removal of uninvolved contralateral breast
  - 64 Reconstruction, NOS
    - 65 Tissue

66 Implant
67 Combined (tissue and implant)

62 WITH removal of uninvolved contralateral breast
68 Reconstruction, NOS
69 Tissue
73 Implant
74 Combined (tissue and implant)

[**SEER Note:** Involves removal of breast tissue, nipple, areolar complex, variable amount of skin, pectoralis minor, and/or pectoralis major, as well as en bloc axillary dissection. "Tissue" for reconstruction is defined as human tissue such as muscle (latissimus dorsi or rectus abdominis) or skin in contrast to artificial prostheses (implants).
Placement of a tissue expander at the time of original surgery indicates that reconstruction is planned as part of the first course of treatment.]

70 Extended radical mastectomy
71 WITHOUT removal of uninvolved contralateral breast
72 WITH removal of uninvolved contralateral breast

[**SEER Note:** Involves removal of breast tissue, nipple, areolar complex, variable amounts of skin, pectoralis minor, and/or pectoralis major, as well as removal of internal mammary nodes and en bloc axillary dissection.]

80 Mastectomy, NOS

Specimen sent to pathology for surgical events coded 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Cervix Uteri
C530–C539
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

For invasive cancers, dilation and curettage is coded as an incisional biopsy (02) under the data item Surgical Diagnostic and Staging Procedure (癌登欄位序號#3.2 or 3.3)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Loop Electrocautery Excision Procedure (LEEP)
- 16 Laser ablation
- 17 Thermal ablation

No specimen sent to pathology from surgical events 10–17

20 Local tumor excision, NOS
[**SEER Note:** Margins of resection may have microscopic involvement. Procedures in code 20 include but are not limited to: cryosurgery, electrocautery, excisional biopsy, laser ablation, or thermal ablation.]
- 26 Excisional biopsy, NOS
- 27 Cone biopsy
- 24 Cone biopsy WITH gross excision of lesion
- 29 Trachelectomy; removal of cervical stump; cervicectomy

Any combination of 20, 24, 26, 27 or 29 WITH
- 21 Electrocautery
- 22 Cryosurgery
- 23 Laser ablation or excision
- 25 Dilatation and curettage; endocervical curettage (for in situ only)
- 28 Loop electrocautery excision procedure (LEEP)

30 Total hysterectomy (simple, pan-) WITHOUT removal of tubes and ovaries
Total hysterectomy removes both the corpus and the cervix uteri and may also include a portion of vaginal cuff

40 Total hysterectomy (simple, pan-) WITH removal of tubes and/or ovary
Total hysterectomy removes both the corpus and the cervix uteri and may also include a portion of vaginal cuff

50 Modified radical or extended hysterectomy; radical hysterectomy; extended radical hysterectomy
- 51 Modified radical hysterectomy
- 52 Extended hysterectomy
- 5T Radical trachelectomy
- 53 Radical hysterectomy; Wertheim procedure
- 54 Extended radical hysterectomy

60 Hysterectomy, NOS, WITH or WITHOUT removal of tubes and ovaries
- 61 WITHOUT removal of tubes and ovaries
- 62 WITH removal of tubes and ovaries

70 Pelvic exenteration
- 71 Anterior exenteration

Includes bladder, distal ureters, and genital organs WITH their ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:**Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

72 Posterior exenteration
Includes rectum and rectosigmoid WITH ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:** Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

73 Total exenteration
Includes removal of all pelvic contents and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:**Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

74 Extended exenteration
Includes pelvic blood vessels or bony pelvis

Specimen sent to pathology from surgical events 20-74.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Corpus Uteri
C540–C559
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

For invasive cancers, dilation and curettage is coded as an incisional biopsy (02) under the data item Surgical Diagnostic and Staging Procedure (癌登欄位序號 #3.2 or 3.3).

[**SEER Note:Do not code** dilation and curettage (D&C) as Surgery of Primary Site **for invasive cancers**]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction or excision, NOS

Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded 19 (principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Loop Electrocautery Excision Procedure (LEEP)
- 16 Thermal ablation

No specimen sent to pathology from surgical events 10–16

20 Local tumor excision, NOS; simple excision, NOS
- 24 Excisional biopsy
- 25 Polypectomy
- 26 Myomectomy

Any combination of 20 or 24–26 WITH
- 21 Electrocautery
- 22 Cryosurgery
- 23 Laser ablation or excision

[**SEER Note:**Margins of resection may have microscopic involvement]

30 Subtotal hysterectomy/supracervical hysterectomy/fundectomy WITH or WITHOUT removal of tube(s) and ovary(ies)
- 31 WITHOUT tube(s) and ovary(ies)
- 32 WITH tube(s) and ovary(ies)

[**SEER Note:**For these procedures, the cervix is left in place]

40 Total hysterectomy (simple, pan-) WITHOUT removal of tube(s) and ovary(ies)
Removes both the corpus and cervix uteri. It may also include a portion of the vaginal cuff.

50 Total hysterectomy (simple, pan-) WITH removal of tube(s) and/or ovary(ies)
Removes both the corpus and cervix uteri. It may also include a portion of the vaginal cuff.

60 Modified radical or extended hysterectomy; radical hysterectomy; extended radical hysterectomy
- 61 Modified radical hysterectomy
- 62 Extended hysterectomy
- 63 Radical hysterectomy; Wertheim procedure
  [**SEER Note:**Use code 63 for “Type III” hysterectomy]
- 64 Extended radical hysterectomy

65 Hysterectomy, NOS, WITH or WITHOUT removal of tube(s) and ovary(ies)
- 66 WITHOUT removal of tube(s) and ovary(ies)

67 WITH removal of tube(s) and ovary(ies)

75 Pelvic exenteration

76 Anterior exenteration
Includes bladder, distal ureters, and genital organs WITH their ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:**Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

77 Posterior exenteration
Includes rectum and rectosigmoid WITH ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:**Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

78 Total exenteration
Includes removal of all pelvic contents and pelvic lymph nodes.
[**SEER Note:** Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site]

79 Extended exenteration
Includes pelvic blood vessels or bony pelvis

Specimen sent to pathology from surgical events 20-79.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Ovary
C569
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

17 Local tumor destruction, NOS
No specimen sent to pathology from surgical event 17

25 Total removal of tumor or (single) ovary, NOS
26 Resection of ovary (wedge, subtotal, or partial) ONLY, NOS; unknown if hysterectomy done
27 WITHOUT hysterectomy
28 WITH hysterectomy
[**SEER Note:** Use code 28 for current unilateral (salpingo-) oophorectomy with previous history of hysterectomy.]

35 Unilateral (salpingo-) oophorectomy; unknown if hysterectomy done
36 WITHOUT hysterectomy
37 WITH hysterectomy
[**SEER Note:** Use code 37 for current unilateral (salpingo-) oophorectomy with previous history of hysterectomy.]

50 Bilateral (salpingo-) oophorectomy; unknown if hysterectomy done
51 WITHOUT hysterectomy
52 WITH hysterectomy
[**SEER Note:** Use code 52 for current bilateral (salpingo-) oophorectomy with previous history of hysterectomy.]

55 Unilateral or bilateral (salpingo-) oophorectomy WITH OMENTECTOMY, NOS; partial or total; unknown if hysterectomy done
56 WITHOUT hysterectomy
57 WITH hysterectomy
[**SEER Note:** Use code 57 for current bilateral (salpingo-) oophorectomy with previous history of hysterectomy.]

60 Debulking; cytoreductive surgery, NOS
61 WITH colon (including appendix) and/or small intestine resection (not incidental)
62 WITH partial resection of urinary tract (not incidental)
63 Combination of 61 and 62

說明 1:若 Debulking surgery 手術紀錄**未**描述 Appendix 有病灶，且 Appendix 之病理**無**癌細胞侵犯，應視為常規切除 Appendix，編碼 60(incidental).

說明 2:若 Debulking surgery 手術紀錄**描述** Appendix 有病灶或 Appendix 之病理報告**有**癌細胞侵犯則編碼為 61 或 63(not incidental).

Debulking is a partial or total removal of the tumor mass and can involve the removal of multiple organ sites. It may include removal of ovaries and/or the uterus (a hysterectomy). The pathology report may or may not identify ovarian tissue. A debulking is usually followed by another treatment modality such as chemotherapy.

[**SEER Note:** Debulking or cytoreductive surgery is implied by the following phrases in the operative report, pathology report, discharge summary, or consultation. (This is not intended to be a complete list. Other phrases may also imply debulking).

Adjuvant treatment pending surgical reduction of tumor
Ovaries, tubes buried in tumor
Tumor burden
Tumor cakes
Very large tumor mass

Do not code debulking or cytoreductive surgery based on: multiple biopsies alone, the mention of “multiple tissue

fragments" or "removal of multiple implants." Multiple biopsies and multiple specimens confirm the presence or absence of metastasis.]

70 Pelvic exenteration, NOS

71 Anterior exenteration

Includes bladder, distal ureters, and genital organs WITH their ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.

[**SEER Note:** Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site.]

72 Posterior exenteration

Includes rectum and rectosigmoid WITH ligamentous attachments and pelvic lymph nodes.

[**SEER Note:** Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site.]

73 Total exenteration

Includes removal of all pelvic contents and pelvic lymph nodes.

[**SEER Note:** Do not code removal of pelvic lymph nodes under Surgical Procedure/Other Site.]

74 Extended exenteration

Includes pelvic blood vessels or bony pelvis

80 (Salpingo-) oophorectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 25-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

特殊編碼準則
Prostate
C619

手術申報方式：

1. TURP(術式編碼 21-23、25)請勿視為治癒性手術，若個案僅接受 TURP，則首次療程開始日期、首次手術日期及原發部位最確切手術日期應編碼 00000000，但必須於原發部位手術方式編碼術式。
2. 若個案同時有接受 TURP 與 Cryosurgery/Hyperthermia/HIFU 任一種治療 (術式編碼 24、26、27) 時，則首次手術日期及原發部位最確切手術日期應記錄接受 Cryosurgery/Hyperthermia/HIFU 治療的日期。

Prostate
C619
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Do not code an orchiectomy in this field. For prostate primaries, orchiectomies are coded in the data item "Hematologic Transplant and Endocrine Procedures" (癌登欄位序號 #4.3.11).

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

18 Local tumor destruction or excision, NOS

19 Transurethral resection (TURP), NOS.
Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded 18 or 19
(principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

10 Local tumor destruction, NOS
14 Cryoprostatectomy
15 Laser ablation
16 Hyperthermia
17 Other method of local tumor destruction
No specimen sent to pathology from surgical events 10–17
[**SEER Note:**Assign **code 15** for Niagara laser photovaporization of the prostate. Assign **code 16** for Transurethral Microwave Thermotherapy (TUMT). Assign **code 17** for High Intensity Focused Ultrasonography (HIFU) and for Transurethral Needle Ablation (TUNA).]

20 Local tumor excision, NOS
21 Transurethral resection (TURP), NOS, with specimen sent to pathology.
22 TURP—cancer is incidental finding during surgery for benign disease
23 TURP—patient has suspected/known cancer

Any combination of 20–23 WITH
24 Cryosurgery
25 Laser
26 Hyperthermia
27 HIFU

30 Subtotal, segmental, or simple prostatectomy, which may leave all or part of the capsule intact
[**SEER Note:**May include suprapubic prostatectomy.]

50 Radical prostatectomy, NOS; total prostatectomy, NOS
Includes excision of the prostate, prostatic capsule, ejaculatory ducts, seminal vesicle(s); and may include a narrow cuff of bladder neck.

70 Prostatectomy WITH resection in continuity with other organs; pelvic exenteration
Surgeries coded 70 are any prostatectomy WITH resection in continuity with any other organs. The other organs may be partially or totally removed. Procedures may include, but are not limited to
cystoprostatectomy, radical cystectomy, and prostatectomy.
[**SEER Note:** "In continuity with" or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

80 Prostatectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.
90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Testis
C620–C629
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

12 Local tumor destruction, NOS
No specimen sent to pathology from surgical event 12

20 Local or partial excision of testicle

30 Excision of testicle, WITHOUT cord
[**SEER Note:**Orchiectomy not including spermatic cord]

40 Excision of testicle WITH cord or cord not mentioned (radical orchiectomy)
[**SEER Note:** Orchiectomy with or without spermatic cord]

80 Orchiectomy, NOS (unspecified whether partial or total testicle removed)

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate only

Kidney, Renal Pelvis, and Ureter
Kidney C649, Renal Pelvis C659, Ureter C669
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Thermal ablation

No specimen sent to pathology from this surgical event 10–15

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

30 Partial or subtotal nephrectomy (kidney or renal pelvis) or partial ureterectomy (ureter)
Procedures coded 30 include, but are not limited to:
Segmental resection
Wedge resection

40 Complete/total/simple nephrectomy—for kidney parenchyma
Nephroureterectomy
Includes bladder cuff for renal pelvis or ureter

50 Radical nephrectomy
May include removal of a portion of vena cava, adrenal gland(s), Gerota's fascia, perinephric fat, or partial/total ureter

70 Any nephrectomy (simple, subtotal, complete, partial, total, radical) in continuity with the resection of other organ(s) (colon, bladder)
The other organs, such as colon or bladder, may be partially or totally removed
[**SEER Note:** "In continuity with" or "en bloc" means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

80 Nephrectomy, NOS
Ureterectomy,NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

特殊編碼準則
Bladder
C670–C679

手術申報方式：

1. 若於病歷上描述為 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 等情形時，應視 TURBT 為診斷性處置，不應視為手術。

Bladder
C670–C679
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 15 Intravesical therapy
- 16 Bacillus Calmette-Guerin (BCG) or other immunotherapy
  [**SEER Note:** Code BCG as both surgery and immunotherapy]

Also code the introduction of immunotherapy in the immunotherapy items. If immunotherapy is followed by surgery of the type coded 20-80, code that surgery instead and code the immunotherapy only as immunotherapy.

No specimen sent to pathology from surgical events 10–16

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy
  [SEER Note: Code TURB as 27]

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

30 Partial cystectomy

50 Simple/total/complete cystectomy

60 Complete cystectomy with reconstruction
[SEER Note: Use code 71 for cystoprostatectomy.]
- 61 Radical cystectomy PLUS ileal conduit
- 62 Radical cystectomy PLUS continent reservoir or pouch, NOS
- 63 Radical cystectomy PLUS abdominal pouch (cutaneous)
- 64 Radical cystectomy PLUS in situ pouch (orthotopic)

When the procedure is described as a pelvic exenteration for males, but the prostate is not removed, the surgery should be coded as a cystectomy (code 60-64).

70 Pelvic exenteration, NOS
- 71 Radical cystectomy including anterior exenteration
  [SEER Note: Use code 71 for cystoprostatectomy.]

For females, includes removal of bladder, uterus, ovaries, entire vaginal wall, and entire urethra. For males, includes removal of the prostate. When a procedure is described as a pelvic exenteration for males, but the prostate is not removed, the surgery should be coded as a cystectomy (code 60-64).

- 72 Posterior exenteration
  For females, also includes removal of vagina, rectum and anus. For males, also includes prostate, rectum and anus.

73 Total exenteration

Includes all tissue and organs removed for an anterior and posterior exenteration.

[**SEER Note:** Includes removal of all pelvic contents and pelvic lymph nodes. The lymph node dissection should also be coded under Scope of Regional Lymph Node Surgery (癌登欄位序號 #4.16 or 4.17).]

74 Extended exenteration

Includes pelvic blood vessels and/or bony pelvis

80 Cystectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 20-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Brain [and other parts of central nervous system]
Meninges C700-C709, Brain C710–C719,
Spinal Cord, Cranial Nerves and Other Parts of Central Nervous System C720-C729
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Do not code laminectomies for spinal cord primaries

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Tumor destruction, NOS
[**SEER Note**: Local tumor destruction, NOS; laser interstitial thermal therapy (LITT) - code 10 if no specimen sent to pathology]
No specimen sent to pathology from surgical event 10

Do not record stereotactic radiosurgery (SRS), Gamma knife, Cyber knife, or Linac radiosurgery as surgical tumor destruction. All of these modalities are recorded in the radiation treatment fields.

20 Local excision of tumor, lesion, or mass, excisional biopsy
21 Subtotal resection of tumor, lesion or mass in brain
22 Resection of tumor in spinal cord or nerve

[**SEER Note:** Assign code 20 for stereotactic biopsy of brain tumor]

30 Radical, total, gross resection of tumor, lesion or mass in brain

40 Partial resection of lobe of brain, when the surgery cannot be coded as 20-30

55 Gross total resection of lobe of brain (lobectomy)

Codes 30-55 are not applicable for spinal cord or spinal nerve primary

sites. Specimen sent to pathology from surgical events 20-55.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Thyroid Gland
C739
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

13 Local tumor destruction, NOS
No specimen sent to pathology from surgical event 13

25 Removal of less than a lobe, NOS
  26 Local surgical excision
  27 Removal of a partial lobe ONLY

20 Lobectomy and/or isthmectomy
  21 Lobectomy ONLY
  22 Isthmectomy ONLY
  23 Lobectomy WITH isthmus

30 Removal of a lobe and partial removal of the contralateral lobe

40 Subtotal or near total thyroidectomy

50 Total thyroidectomy

80 Thyroidectomy, NOS

Specimen sent to pathology from surgical events 25-80.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Lymph Nodes
C770–C779
(Except for 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

19 Local tumor destruction or excision, NOS
Unknown whether a specimen was sent to pathology for surgical events coded to 19 (principally for cases diagnosed prior to January 1, 2003)

15 Local tumor destruction, NOS
No specimen sent to pathology from surgical event 15

25 Local tumor excision, NOS
Less than a full chain, includes an excisional biopsy of a single lymph node.
[**SEER Note:** The use of code 25 in RX SUMM—SURG PRIM SITE [1290] is for a primary in one and only one lymph node. The single involved lymph node is removed by an excisional biopsy only. CDC-NPCR, CoC, and SEER are in agreement on the wording of code 25.]

30 Lymph node dissection, NOS
31 One chain
32 Two or more chains

40 Lymph node dissection, NOS PLUS splenectomy
41 One chain
42 Two or more chains

50 Lymph node dissection, NOS and partial/total removal of adjacent organ(s)
51 One chain
52 Two or more chains

60 Lymph node dissection, NOS and partial/total removal of adjacent organ(s) PLUS splenectomy(Includes staging laparotomy for lymphoma)
61 One chain
62 Two or more chains

Specimen sent to pathology for surgical events 25-62.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

All Other Sites
C142–C148, C170–C179, C239, C240–C249, C260–C269, C300–C301, C310–C319, C339, C379, C380–C388, C390–C399, C480–C488, C510–C519, C529, C570–C579, C589, C600–C609, C630–C639, C680–C689, C690–C699, C740–C749, C750–C759
(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes
00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS
- 26 Polypectomy
- 27 Excisional biopsy

Any combination of 20 or 26–27 WITH
- 21 Photodynamic therapy (PDT)
- 22 Electrocautery
- 23 Cryosurgery
- 24 Laser ablation
- 25 Laser excision

30 Simple/partial surgical removal of primary site

40 Total surgical removal of primary site; enucleation
- 41 Total enucleation (for eye surgery only)

50 Surgery stated to be “debulking”

60 Radical surgery
Partial or total removal of the primary site WITH a resection in continuity (partial or total removal)with other organs

[**SEER Note:** In continuity with or “en bloc” means that all of the tissues were removed during the same procedure, but not necessarily in a single specimen]

Specimen sent to pathology from surgical events 20-60.

90 Surgery, NOS

99 Unknown if surgery performed; death certificate ONLY

Unknown and Ill-Defined Primary Sites
C760–C768, C809

(Except for 9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993)

Codes

98 **All** unknown and ill-defined disease sites, **WITH** or **WITHOUT surgical treatment**
Surgical procedures for unknown and ill-defined primaries are to be recorded using the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note:** 99 Death certificate only]

附錄C：常見標靶及免疫藥物清單

台灣常見標靶治療藥物種類如下所列：

Abemaciclib(Verzenio)
Afatinib (妥復克, Gilotrif)
Aflibercept (Zaltrap)
Afinitor/Everolimus (RAD001)
Alectinib (安立適, Alecensa)
Alemtuzumab (Campath)
Axitinib (Inlyta)
Bevacizumab (癌思停, Avastin)
Bortezomib (萬科, Velcade)
Bosutinib (Bosulif)
Brentuximab vedotin (Adcetris)
Carfilzomib (Kyprolis)
Catumaxomab (Removab)
Ceritinib (立克癌, Zykadia)
Cetuximab (爾必得舒, Erbitux)
Crizotinib (截剋瘤,Xalkori)
Dabrafenib (Tafinlar)
Daratumumab (Darzalex)
Dasatinib (柏萊, Sprycel)
Dinutuximab (Unituxin)
Dacomitinib (Vizimpro)
Erlotinib (得舒緩, Tarceva)
Edrecolomab (Panorex)
Gefitinib (艾瑞莎, Iressa)
Gemtuzumab (Mylotarg)
Glasdegib (Daurismo)
Herzuma
Ibrutinib (Imbruvica)
Imatinib (基利克, Glivec)
Inotuzumab ozogamicin (Besponsa)
Kanjinti
lapatinib (泰嘉碇, Tykerb)
Lazertinib
Lenvatinib (Lenvima,樂衛瑪)
Lorlatinib（LorviquaR，瘤利剋）
Lynparza (Olaparib)
Midostaurin(Rydapt，療德妥)
Mobocertinib (TAK788)
Mogamulizumab (Poteligeo)
Mvasi
Necitumumab (Portrazza)
Nilotinib (泰息安, Tasigna)
Obinutuzumab (Gazyva)
Ofatumumab (Arzerra)
Ogivri
Olaratumab (Lartruvo)
Ontruzant
Panitumumab (Vectivix)
Palbociclib (Ibrance)
Pazopanib (福退癌, Votrient)
Pertuzumab (賀疾妥, Perjeta)
Polatuzumab (保癌寧, Polivy)
Ponatinib (Iclusig)
Ramucirumab (Cyramza)
Regorafenib (Stivarga)
Retevmo (selpercatinib)
Ribociclib (Kisqali)
Rituximab (莫須瘤, MabThera)
Ruxolitinib (Jakafi)
Rybrevant
Sorafenib (雷莎瓦, Nexavar)
Sunitinib (舒癌特, Sutent)
Tagrisso (Osimertinib)
Temsirolimus (Torisel)
Trametinib (Mekinist)
Trastuzumab (賀癌平, Herceptin)
Trastuzumab Emtansine (賀癌寧, Kadcyla)
Trazimera
Vemurafenib (Zelboraf)
Venetoclax (唯可來, Venclexta)
Vizimpro

台灣常見免疫治療藥物種類如下所列：

Atezolizumab (Tecentriq)

Avelumab (Bavencio)

Axicabtagene Ciloleucel CAR-T (Yescarta)

Blinatumomab (Blincyto)

Durvalumab (IMFINZI)

Elotuzumab (Empliciti)

Nivolumab (Opdivo)

Ipilimumab (Yervoy)

Pembrolizumab (Keytruda)

Sipuleucel T (Provenge Therapeutic Vaccine)

Ticilimumab (Tremelimumab)

Tisagenlecleucel CAR-T (Kymriah)

附錄D：分級/分化摘錄原則

各癌別分級系統收錄(Grade Tables)與相關 AJCC 第八版對照表：

Schema Name	AJCC Chap.	AJCC Chapter Name	Grade Table
Cervical Lymph Nodes and Unknown Primary Tumor of the Head and Neck	6	Cervical Lymph Nodes and Unknown Primary Tumors of Head and Neck	Grade 98
Buccal Mucosa	7	Oral Cavity	Grade 01
Gum	7	Oral Cavity	Grade 01
Floor of Mouth	7	Oral Cavity	Grade 01
Lip	7	Oral Cavity	Grade 01
Mouth Other	7	Oral Cavity	Grade 01
Palate Hard	7	Oral Cavity	Grade 01
Tongue Anterior	7	Oral Cavity	Grade 01
Major Salivary Glands	8	Major Salivary Glands	Grade 98
Nasopharynx	9	Nasopharynx	Grade 98
Oropharynx HPV-Mediated (p16+)	10	HPV-Mediated (p16+) Oropharyngeal Cancer	Grade 98
Oropharynx (p16-)	11	Oropharynx (p16-) and Hypopharynx	Grade 02
Hypopharynx	11	Oropharynx (p16-) and Hypopharynx	Grade 02
Pharynx Other	N/A	N/A	Grade 99
Middle Ear	N/A	N/A	Grade 99
Maxillary Sinus	12	Nasal Cavity and Paranasal Sinus	Grade 01
Nasal Cavity and Ethmoid Sinus	12	Nasal Cavity and Paranasal Sinus	Grade 01
Sinus Other	N/A	N/A	Grade 99
Larynx Other	13	Larynx	Grade 01
Larynx Supraglottic	13	Larynx	Grade 01
Larynx Glottic	13	Larynx	Grade 01
Larynx Subglottic	13	Larynx	Grade 01
Melanoma Head and Neck	14	Mucosal Melanoma of the Head and Neck	Grade 98
Cutaneous Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck	15	Cutaneous Carcinoma of the Head and Neck	Grade 02
Esophagus (including GE junction) Squamous	16	Esophagus and Esophagogastric Junction	Grade 01
Esophagus (including GE junction) (excluding Squamous)	16	Esophagus and Esophagogastric Junction	Grade 01
Stomach	17	Stomach	Grade 01
Small Intestine	18	Small Intestine	Grade 02
Appendix	19	Appendix-Carcinoma	Grade 01
Colon and Rectum	20	Colon and Rectum	Grade 02

Schema Name	AJCC Chap.	AJCC Chapter Name	Grade Table
Anus	21	Anus	Grade 03
Liver	22	Liver	Grade 02
Bile Ducts Intrahepatic	23	Intrahepatic Bile Duct	Grade 01
Gallbladder	24	Gallbladder	Grade 01
Cystic Duct	24	Gallbladder	Grade 01
Bile Ducts Perihilar	25	Perihilar Bile Ducts	Grade 01
Bile Ducts Distal	26	Distal Bile Duct	Grade 01
Ampulla Vater	27	Ampulla of Vater	Grade 01
Biliary Other	N/A	N/A	Grade 99
Pancreas	28	Exocrine Pancreas	Grade 01
Digestive Other	N/A	N/A	Grade 99
NET Stomach	29	Neuroendocrine Tumors of the Stomach	Grade 04
NET Duodenum	30	Neuroendocrine Tumors of the Duodenum and Ampulla of Vater	Grade 04
NET Ampulla of Vater	30	Neuroendocrine Tumors of the Duodenum and Ampulla of Vater	Grade 04
NET Jejunum and Ileum	31	Neuroendocrine Tumors of the Jejunum and Ileum	Grade 04
NET Appendix	32	Neuroendocrine Tumors of the Appendix	Grade 04
NET Colon and Rectum	33	Neuroendocrine Tumors of the Colon and Rectum	Grade 04
NET Pancreas	34	Neuroendocrine Tumors of the Pancreas	Grade 04
NET Lung and Thymus	35,36	Neuroendocrine Tumors of the Lung and Thymus	Grade 04
Thymus	35	Thymus	Grade 98
Trachea	N/A	N/A	Grade 99
Lung	36	Lung	Grade 02
Pleural Mesothelioma	37	Malignant Pleural Mesothelioma	Grade 02
Respiratory Other	N/A	N/A	Grade 99
Bone Appendicular Skeleton	38	Bone	Grade 05
Bone Spine	38	Bone	Grade 05
Bone Pelvis	38	Bone	Grade 05
Soft Tissue Head and Neck	40	Soft tissue sarcoma of the Head and Neck	Grade 06
Soft Tissue Trunk and Extremities	41	Soft tissue sarcoma of the Trunk and Extremities	Grade 06
Soft Tissue Abdomen and Thoracic (excluding Heart, Mediastinum, Pleura)	42	Soft tissue sarcoma of the Abdomen and Thoracic Visceral Organs	Grade 06
Heart, Mediastinum and Pleura	42	Soft tissue sarcoma of the Abdomen and Thoracic Visceral Organs	Grade 06

Schema Name	AJCC Chap.	AJCC Chapter Name	Grade Table
GIST	43	Gastrointestinal Stromal Tumors	Grade 07
Retroperitoneum	44	Soft tissue sarcoma of the Retroperitoneum	Grade 06
Soft Tissue Unusual Histologies/Sites	45	Soft tissue sarcoma of Unusual Sites and Histologies	Grade 06
Kaposi Sarcoma	45	Soft tissue sarcoma of Unusual Sites and Histologies	Grade 06
Merkel Cell Skin	46	Merkel Cell Carcinoma	Grade 98
Melanoma Skin	47	Melanoma of the Skin	Grade 98
Skin Other	N/A	N/A	Grade 99
Breast	48	Breast	Grade 08
Vulva	50	Vulva	Grade 01
Vagina	51	Vagina	Grade 01
Cervix	52	Cervix Uteri	Grade 01
Corpus Carcinoma and Carcinosarcoma	53	Corpus Uteri-Carcinoma and Carcinosarcoma	Grade 09
Corpus Sarcoma	54	Corpus Uteri-Sarcoma	Grade 09
Corpus Adenosarcoma	54	Corpus Uteri-Sarcoma	Grade 10
Ovary	55	Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma	Grade 11
Primary Peritoneal Carcinoma	55	Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma	Grade 11
Fallopian Tube	55	Ovary, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Carcinoma	Grade 11
Adnexa Uterine Other	N/A	N/A	Grade 99
Genital Female Other	N/A	N/A	Grade 99
Placenta	56	Gestational Trophoblastic Neoplasms	Grade 98
Penis	57	Penis	Grade 12
Prostate	58	Prostate	Grade 13
Testis	59	Testis	Grade 98
Genital Male Other	N/A	N/A	Grade 99
Kidney Parenchyma	60	Kidney	Grade 14
Kidney Renal Pelvis	61	Renal Pelvis and Ureter	Grade 15
Bladder	62	Urinary Bladder	Grade 15
Urethra	63	Urethra	Grade 15
Urethra-Prostatic	63	Urethra	Grade 15
Urinary Other	N/A	N/A	Grade 99

Schema Name	AJCC Chap.	AJCC Chapter Name	Grade Table
Skin Eyelid	64	Eyelid Carcinoma	Grade 02
Conjunctiva	65	Conjunctival Carcinoma	Grade 02
Melanoma Conjunctiva	66	Conjunctival Melanoma	Grade 98
Melanoma Iris	67	Uveal Melanoma	Grade 16
Melanoma Choroid and Ciliary Body	67	Uveal Melanoma	Grade 16
Retinoblastoma	68	Retinoblastoma	Grade 17
Lacrimal Gland	69	Lacrimal Gland Carcinoma	Grade 18
Lacrimal Sac	N/A	N/A	Grade 99
Orbital Sarcoma	70	Orbital sarcoma	Grade 06
Lymphoma Ocular Adnexa	71	Ocular Adnexal Lymphoma	Grade 19
Eye Other	N/A	N/A	Grade 99
Brain	72	Brain and Spinal Cord	Grade 20
Spinal Cord	72	Brain and Spinal Cord	Grade 20
Intracranial Gland	72	Brain and Spinal Cord	Grade 20
Thyroid	73	Thyroid-Differentiated and Anaplastic Carcinoma	Grade 98
Thyroid Medullary	74	Thyroid-Medullary	Grade 98
Parathyroid	75	Parathyroid	Grade 21
Adrenal Gland	76	Adrenal Cortical Carcinoma	Grade 22
NET Adrenal Gland	77	Adrenal-Neuroendocrine Tumors	Grade 98
Endocrine Other	N/A	N/A	Grade 99
Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms	79, 80	Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma *(Adult and Pediatric chapters)*	Grade 88
	79, 80	Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma *(Adult and Pediatric chapters)*	Grade 88
	81	Primary Cutaneous Lymphomas	Grade 88
	81	Primary Cutaneous Lymphomas	Grade 88
	82	Plasma Cell Myeloma and Plasma Cell Disorders	Grade 88
	82	Plasma Cell Myeloma and Plasma Cell Disorders	Grade 88
	83	Leukemia	Grade 88
Ill-Defined Other	N/A	N/A	Grade 99

Grade 01

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C00.3-C00.5, C00.8-C00.9, C02.0-C02.3, C02.8-C05.0, C05.8-C06.9 C10.1, C15.0-C15.9, C16.0-C16.9, C18.1, C30.0, C31.0-C31.1, C32.0-C32.2, C32.8-C32.9 C22.1, C23.9, C24.0-C24.1, C25.0-C25.3, C25.7-C25.9, C51.0-C51.9, C52.9, C53.0-C53.9	Lip Tongue Anterior Gum Floor of Mouth Palate Hard Buccal Mucosa Mouth Other Maxillary Sinus Nasal Cavity and Ethmoid Sinus Larynx Other Larynx SupraGlottic Larynx Glottic Larynx SubGlottic Esophagus and Esophagogastric Junction: Squamous Cell Carcinoma Esophagus and Esophagogastric Junction: Adenocarcinoma Stomach Appendix Bile Ducts Intrahepatic Gallbladder Cystic Duct Bile Ducts Perihilar Bile Ducts Distal Ampulla of Vater Pancreas Vulva Vagina Cervix	07,12,13, 16,17,19, 23,24,25, 26,27,28, 50,51,52	1 2 3 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated Undifferentiated Anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 02

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C00.0-C00.2, C00.6 C01.9, C02.4, C05.1-C05.2, C09.0-C09.9, C10.0, C10.2-C10.3 C10.8-C10.9, C11.1, C12.9, C13.0-C13.9, C17.0-C17.2, C17.8-C17.9, C18.0, C18.2-C18.9 C19.9, C20.9, C22.0, C34.0-C34.9, C38.4, C44.0,C44.1 C44.2-C44.4, C69.0	Oropharynx (p16-) Hypopharynx Cutaneous Carcinoma of Head and Neck Small Intestine Colon and Rectum Liver Lung (NET 除外) Pleura Skin of Eyelid Conjunctiva	11,15,18, 20,22,36, 37,64,65	1 2 3 4 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated G4: Undifferentiated Anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 03

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C21.0-C21.1, C21.8	Anus	21	1	G1: Well differentiated (low grade)
			2	G2: Moderately differentiated (low grade)
			3	G3: Poorly differentiated (high grade)
			4	G4: Undifferentiated, anaplastic (high grade)
			L	Stated as “Low grade” only
			H	Stated as “High grade” only
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes 1-4 take priority over L and H.

Grade 04

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C16.0-C16.6, C16.8-C16.9, C17.0-C17.2, C18.0-C18.9, C19.9, C20.9, C24.1, C25.0-C25.4, C25.7-C25.9 **M-Code：** 8150-8153, 8155-8156, 8158,8240, 8249,8683	NET Stomach NET Duodenum NET Ampulla of Vater NET Jejunum and Ileum NET Appendix NET Colon and Rectum NET Pancreas	29,30,31, 32,33,34,	1 2 3 A B C D 9	G1: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) less than 2 **AND** Ki-67 index (%) less than 3 Stated as WHO Grade 1 G2: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) equal 2-20 **OR** Ki-67 index (%) equal 3-20 Stated as WHO Grade 2 G3: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) greater than 20 **OR** Ki-67 index (%) greater than 20 Stated as WHO Grade 3 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Note 1: Codes 1-3 take priority over codes A-D.

Note 2：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 04(Cont.)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C34.0-C34.9, C379 **M-Code：** 8013,8041, 8045, 8150-8153, 8155-8156, 8158,8240, 8249,8683	NET Lung and Thymus	35,36	1 2 3 A B C D 9	**Carcinoid tumor 8240/3** G1: Mitotic count (per 10 HPF) less than 2 **AND** Ki-67 index (%) less than 3 A**typical carcinoid tumor 8249/3** G2: Mitotic count (per 10 HPF) equal 2-20 **OR** Ki-67 index (%) equal 3-20 **Small cell carcinoma 8041/3** **Combined small cell carcinoma 8045/3** **Large cell NEC 8013/3** G3: Mitotic count (per 10 HPF) greater than 20 **OR** Ki-67 index (%) greater than 20 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: 組織型態為 8240/3,8249/3,8013/3,8041/3,8045/3 請依據癌登通知文 105001 號神經內分泌癌(Neuroendocrine Tumors, NETs)分級分化登錄規則摘錄。

Note 2: 其餘組織型態 Codes 1-3 take priority over codes A-D.

Note 3：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 05

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C40.0-C40.9, C41.0-C41.9	Bone: Appendicular Skeleton, Trunk, Skull and Facial Bones Bone Spine Bone Pelvis	38	1 2 3 H 9	G1: Well differentiated, low grade G2: Moderately differentiated, high grade G3: Poorly differentiated, high grade Stated as “high grade” only Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Code 1 for stated as “low grade” only.

Note 2: Codes 1-3 take priority over H.

Note 3: G3 includes undifferentiated and anaplastic.

Note 4: If you are assigning an AJCC 8th edition stage group

- Grade is required to assign stage group
- Code H is treated as a G3 when assigning AJCC stage group
- An unknown grade may result in an unknown stage group

Grade 06

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
M-Code： 8710-8714,8800, 8801,8802,8803, 8804,8805,8806, 8810,8811-8818, 8820-8881,8890, 8891-8898,8900, 8901,8910,8912, 8920,8921,8930, 8931,8932,8934, 8940-8981, 8983-9138, 9140-9582	Soft Tissues Sarcoma Kaposi Sarcoma Orbital Sarcoma	40,41,42, 44,45,70	1 2 3 A B C D 9	G1: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score equals 2-3 Stated as FNCLCC Grade 1 G2: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score of 4-5 Stated as FNCLCC Grade 2 G3: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score of 6-8 Stated as FNCLCC Grade 3 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes 1-3 take priority over A-D.

Note 2: If you are assigning an AJCC 8th edition stage group

- Grade is required to assign stage group
- Codes A-D are treated as an unknown grade when assigning AJCC stage group
- An unknown grade may result in an unknown stage group

Note 3: Malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) 與 Solitary fibrous tumor/ hemangiopericytoma, FNCLCC grdae3 經台灣病理學會專家認定屬於 Sarcoma，故若原發部位為 C70-C72 時，Grade 仍須以 FNCLCC Grade 摘錄。請勿編碼 WHO Grade，若無描述 FNCLCC Grade，應編碼 9。

Note 4：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 07

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C15.0-C15.9, C16.0-C16.9, C17.0-C17.2, C17.8-C17.9, C18.0-C18.9 C19.9, C20.9, C48.0-C48.2, C48.8 **M-Code：** 8936	Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)	43	L H A B C D 9	Low: 5 or fewer mitoses per 5 square mm High: Over 5 mitoses per 5 square mm Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes L and H take priority over A-D.

Note 2: If you are assigning an AJCC 8th edition stage group

- Grade is required to assign stage group
- Codes A-D are treated as an unknown grade when assigning AJCC stage group
- An unknown grade may result in an unknown stage group

Note 3：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 08

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C50.0-C50.9	Breast	48	1	G1: Low combined histologic grade (favorable), SBR score of 3–5 points Stated as Nottingham/Scarff loom-Richardson Grade 1
			2	G2: Intermediate combined histologic grade (moderately favorable); SBR score of 6–7 points Stated as Nottingham/Scarff Bloom-Richardson Grade 2
			3	G3: High combined histologic grade (unfavorable); SBR score of 8–9 points Stated as Nottingham/Scarff Bloom-Richardson Grade 3
			L	Nuclear Grade I (Low) (in situ only)
			M	Nuclear Grade II (Intermediate)(in situ only)
			H	Nuclear Grade III (High) (in situ only)
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Priority order for codes

- Invasive cancers: codes 1-3 take priority over A-D.
- In situ cancers: codes L, M, H take priority over A-D.

Note 2: Scarff-Bloom-Richardson (SBR) score is used for grade. SBR is also referred to as: Bloom-Richardson, Nottingham, Nottingham modification of Bloom-Richardson score, Nottingham modification, Nottingham-Tenovus grade, or Nottingham score.

Note 3: If you are assigning an AJCC 8th edition stage group

- Grade is required to assign stage group
- Codes A-D are treated as an unknown grade when assigning AJCC stage group
- An unknown grade may result in an unknown stage group

Note 4：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Note 5：侵襲癌個案若醫師採用 Nuclear Grade，則應編碼如下

Nuclear Grade I、"Only stated as ‘Grade I’" 編碼 A

Nuclear Grade II、"Only stated as ‘Grade II’"編碼 B

Nuclear Grade III、"Only stated as ‘Grade III’"編碼 C

Nuclear Grade IV、"Only stated as 'Grade IV'"編碼 D

Grade 09

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C54.0-C54.9, C55.9 **M-Code：** **Corpus Uteri: Carcinoma and Carcinosarcoma** 8000,8010,8013, 8020,8041,8070, 8140,8240,8255, 8263,8310,8323, 8380,8382,8441, 8460,8461,8480, 8560,8570,8950, 8980 **Corpus Uteri: Leiomyosarcoma and Endometrial Stromal Sarcoma** 8714,8800,8805, 8890,8891,8896, 8900,8910,8930, 8931,8935	Corpus Carcinoma and Carcinosarcoma, Corpus Sarcoma	53,54	1 2 3 L H 9	G1 FIGO Grade 1 G1: Well differentiated G2 FIGO Grade 2 G2: Moderately differentiated G3 FIGO Grade 3 G3: Poorly differentiated, Undifferentiated, anaplastic Low grade High grade Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Cases of **endometrioid and mucinous carcinoma** of the corpus uteri should be grouped according to the degree of differentiation of the endometrioid adenocarcinoma:

- G1 indicates nonsqumous or nonmorular solid growth pattern <=5%
- G2 indicates nonsqumous or nonmorular solid growth pattern =6-50%
- G3 indicates nonsqumous or nonmorular solid growth pattern >50%

Note 2：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Note 3: Serous, clear cell, small cell and large cell neuroendocrine carcinomas, undifferentiated carcinomas, dedifferentiated carcinomas, and carcinosarcomas 應編碼為 3。

Note 4: Leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma 應編碼為 L 或 H。

Grade 10

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C54.0-54.9, C55.9 **M-Code：** 8933	Corpus Adenosarcoma	54	1 2 3 L H S 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated Undifferentiated Anaplastic Low grade High grade Sarcomatous overgrowth Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 11

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C56.9 C57.0, C48.1-C48.2, C48.8	Ovary Fallopian Tube Primary Peritoneal Carcinoma	55	1 2 3 X L H 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated Undifferentiated Anaplastic Borderline Tumor Low grade High grade Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: The grading system for this schema is based on histology

- Immature teratomas and serous carcinomas, codes L and H
- Ovarian clear cell carcinoma (M-code 8310、8313)為高度惡性型態，分級/分化請編碼為 3。
- All other histologies: Code 1-3 if a nuclear grade is documented, otherwise code 9.
- Ovarian borderline tumors (Low malignant potential) with intraepithelial carcinoma or microinvasive carcinoma , codes X.

Grade 12

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C60.0-C60.9	Penis	57	1 2 3 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated Undifferentiated Anaplastic High grade Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 13

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C61.9	Prostate	58	1	Grade Group 1: Gleason score <=6
			2	Grade Group 2: Gleason score 7 Gleason pattern 3+4
			3	Grade Group 3: Gleason score 7 Gleason pattern 4+3
			4	Grade Group 4: Gleason score 8
			5	Grade Group 5: Gleason score 9 or 10
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			E	Stated as “Gleason score 7” with no patterns documented or Any Gleason patterns combination equal to 7 not specified in grade group 2 or 3
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes 1-5 take priority over A-E.

Note 2: If you are assigning an AJCC 8th edition stage group

- Grade is required to assign stage group
- Codes A-E are treated as an unknown grade when assigning AJCC stage group
- An unknown grade may result in an unknown stage group

Note 3：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Note 4:若個案僅接受 TURP(術式 21-27)，則分級/分化應一律編碼於臨床分級/分化欄位，病理分級/分化欄位應編碼為 9。

Grade 14

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C64.9	Kidney	60	1	G1: Nucleoli absent or inconspicuous and basophilic at 400x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 1
			2	G2: Nucleoli conspicuous and eosinophilic at 400x magnification, visible but not prominent at 100x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 2
			3	G3: Nucleoli conspicuous and eosinophilic at 100x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 3
			4	G4: Marked nuclear pleomorphism and/or multinucleate giant cells and/or rhabdoid and/or sarcomatoid differentiation Stated as WHO/ISUP Grade 4
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Note 1: Codes 1-4 take priority over codes A-D.

Grade 15

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C65.9, C66.9, C67.0-C67.9, C68.0	Kidney Renal Pelvis Bladder Urethra Urethra-Prostatic	61,62,63	1 2 3 L H 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated Undifferentiated Anaplastic LG: Low grade HG: High grade Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Urothelial Histologies:

For urothelial histologies a low- and high-grade designation is used to match the current WHO/ISUP recommended.

Note 2: Priority order for codes:

- Urothelial Cancers: use codes L, H and 9. If only G1-G3 are documented, code 9.
- 非 Urothelial Cancers: use codes 1-3, 9. If only L or H are documented, code 9.

Note 3:若個案之組織型態為 Urothelial Cancers 或 Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas 且僅接受 TURBT，則分級/分化應一律編碼於臨床分級/分化欄位，病理分級/分化欄位應編碼為 9。

Grade 16

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C69.3-C69.4 **M-Code：** 8370,8720, 8770-8774	Melanoma Iris Melanoma Choroid and Ciliary Body	67	1 2 3 A B C D 9	G1: Spindle cell melanoma (>90% spindle cells) G2: Mixed cell melanoma (>10% epithelioid cells and <90% spindle cells) G3: Epithelioid cell melanoma (>90% epithelioid cells) Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Note 1: Codes 1-3 take priority over A-D.

Note 2:若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 17

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C69.2 **M-Code：** 9510-9513	Retinoblastoma	68	1 2 3 4 A B C D 9	G1: Tumor with areas of retinoma [retinocytoma] (fleurettes or neuronal differentiation) G2: Tumor with many rosettes (Flexner–Wintersteiner or Homer Wright) G3: Tumor with occasional rosettes (Flexner–Wintersteiner or Homer Wright) G4: Tumor with poorly differentiated cells without rosettes and/or with extensive areas (more than half of tumor) of anaplasia Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes 1-4 take priority over A-D.

Grade 18

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C69.5	Lacrimal Gland	69	1 2 3 A B C D 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated: includes adenoid cystic carcinoma without basaloid (solid) pattern G3: Poorly differentiated: includes adenoid cystic carcinoma with basaloid (solid) pattern Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes 1-3 take priority over A-D.

Grade 19

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C44.1, C69.0, C69.5-C69.6 **M-Code：** 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3	Lymphoma Ocular Adnexa	71	1 2 3 4 5 L 9	G1: 0–5 centroblasts per 10 HPF G2: 6-15 centroblasts per 10 HPF G3: >15 centroblasts per HPF G3A: >15 centroblasts per HPF and centrocytes present G3B: >15 centroblasts per HPF and solid sheets of centroblasts Low grade: Grade 1-2 Grade cannot be assessed (GX); Unknown; Not a follicular histology

Note 1: Grade is applicable for the follicular lymphomas only (9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3).
For **not follicular histologies** of Ocular Adnexa, code 9.

Note 2:此分級/分化參考自 2016 年 WHO classification 第 271 頁 Table13.17。

Note 3: Follicular lymphoma grade is based on the absolute number of centroblasts per high-power (40 x objective, 0.159 mm^2) microscopic field (HPF).

Note 4: Codes 1-5 take priority over L.

Note 5：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 20

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C70.0-C70.9, C71.0-C71.9, C72.0-C72.9, C75.1-C75.3	Brain Spinal Cord Intracranial Gland	72	1	WHO Grade I: Circumscribed tumors of low proliferative potential associated with the possibility of cure following resection
			2	WHO Grade II: Infiltrative tumors with low proliferative potential with increased risk of recurrence
			3	WHO Grade III: Tumors with histologic evidence of malignancy, including nuclear atypia and mitotic activity, associated with an aggressive clinical course
			4	WHO Grade IV: Tumors that are cytologically malignant, mitotically active, and associated with rapid clinical progression and potential for dissemination
			L	Stated as “low grade”
			H	Stated as “High grade”
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown;

Note 1: Codes 1-4 take priority over A-D, L and H.

Note 2: CNS WHO classifications use a grading scheme that is a “malignancy scale” ranging across a wide variety of neoplasms rather than a strict histologic grading system that can be applied equally to all tumor types.

- Code the WHO grading system for selected tumors of the CNS as noted in Table.1 where WHO grade is not documented in the record.

Table 1. WHO Grading System for Some of Malignant Tumors of the CNS

Tumor Group	Tumor Type	Grade			
		I	II	III	IV
Diffuse astrocytic and oligodendroglial tumors	Diffuse astrocytoma, IDH-mutant		X		
	Diffuse astrocytoma		X		
	Anaplastic astrocytoma, IDH-mutant			X	
	Anaplastic astrocytoma			X	
	Glioblastoma, IDH-wildtype				X
	Glioblastoma, IDH-mutant				X
	Glioblastoma				X
	Oligodendroglioma, IDH-mutant and 1p/19q-codeleted		X		
	Oligodendroglioma		X		
	Anaplastic oligodendroglioma, IDH-mutant and 1p/19q-codeleted			X	
	Anaplastic oligodendroglioma			X	
	Diffuse midline glioma, H3 K27M-mutant				X
Other astrocytic tumors	Pilomyxoid astrocytoma		X		
	Pleomorphic xanthoastrocytoma		X		
	Anaplastic pleomorphic xanthoastrocytoma			X	
Ependymal tumors	Ependymoma		X		
	Ependymoma, RELA fusion-positive		X	X	
	Anaplastic ependymoma			X	
Choroid plexus tumors	Choroid plexus carcinoma			X	
Neuronal and mixed neuronal–glial tumors	Anaplastic ganglioglioma			X	
Tumors of the pineal region	Pineal parenchymal tumor of intermediate, differentiation		X	X	
	Pinealoblastoma				X
	Papillary tumor of the pineal region		X	X	

Tumor Group	Tumor Type	Grade			
		I	II	III	IV
Embryonal tumors	Medulloblastoma (all subtypes)				X
	Embryonal tumor with multilayered rosettes				X
	Embryonal tumor with multilayered rosettes, C19MC-altered				X
	Medulloepithelioma,NOS				X
	CNS embryonal tumor, NOS				X
	Atypical teratoid/rhabdoid tumor				X
	CNS embryonal tumor with rhabdoid features				X
	CNS neuroblastoma				X
	CNS ganglioneuroblastoma				X
Meningiomas	Anaplastic (malignant) meningioma			X	
	Papillary meningioma			X	
	Rhabdoid meningioma			X	

Note1:Malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) 與 Solitary fibrous tumor/ hemangiopericytoma, FNCLCC grdae3 經台灣病理學會專家認定屬於 Sarcoma，故若原發部位為 C70-C72 時，Grade 仍須以 FNCLCC Grade 摘錄。請勿編碼 WHO Grade，若無描述 FNCLCC Grade，應編碼 9。

Grade 21

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C75.0	Parathyroid	75	L	LG- Low grade: round monomorphic nuclei with only mild to moderate nuclear size variation, indistinct nucleoli, and chromatin characteristics resembling those of normal parathyroid or of adenoma
			H	HG- High grade: more pleomorphism, with a nuclear size variation greater than 4:1; prominent nuclear membrane irregularities; chromatin alterations, including hyperchromasia or margination of chromatin; and prominent nucleoli. High-grade tumors show several discrete confluent areas with nuclear changes.
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes L and H take priority over A-D.

Grade 22

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C74.0	Adrenal Gland	76	L	LG: Low grade (≤20 mitoses per 50 HPF)
			H	HG: High grade (>20 mitosis per 50 HPF)
			M	TP53 or CTNNB Mutation
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Note 1: Codes L, H and M take priority over A-D.

Note 2：若未做前導性治療，病理分級/分化應以手術切除原發部位最大腫瘤體積的病理報告結果為主。

Grade 98

ICD-O T-/M-Code	**Schema Name**	**AJCC 8 Chapter**	**Code**	**Grade Definition**
C76.0	Cervical Lymph Nodes and Unknown Primary Tumors of the Head and Neck	06,08,09, 10,14,35, 46,47,56, 59,66,73, 74,77	A B C D 9	Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown
C079, C080-C081, C088-C089	Major Salivary Glands			
C11.0-C11.9	Nasopharynx			
C019, C024, C051-C052, C090-C091, C098-C099, C100, C102-C104, C108-C109,C11.1	Oropharynx HPV-Mediated (p16+)			
C003-C005, C008-C009, C019, C020-C024, C028-C029, C030-C031, C039, C040-C041, C048-C049, C050-C052, C058, C059, C060-C062, C068-C069, C090-C091, C098-C099, C100-C104, C108-C109, C110-C113, C118-C119, C129, C130-C132, C138-C139, C140, C142, C148, C300-C313, C318-C319, C320-C323, C328-C329 **AND** 8720-8790	Mucosal Melanoma of the Head and Neck			
C379	Thymus(NET 除外)			
C000-C006, C008-C009, C440-C449, C510-C512, C518-C519, C600-C602, C608-C609, C632, C809 **AND** 8041, 8190, 8247	Merkel Cell Carcinoma			

Grade 98(Cont.)

ICD-O T-/M-Code	**Schema Name**	**AJCC 8 Chapter**	**Code**	**Grade Definition**
C000-C002, C006, C440-C449, C500, C510-C512, C518-C519, C600-C602, C608-C609, C632 **AND** 8720-8790	Melanoma of the Skin	06,08,09, 10,14,35, 46,47,56, 59,66,73, 74,77	A B C D 9	Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown
C589	Placenta			
C620-C621, C629	Testis			
C690 **AND** 8720-8790	Melanoma Conjunctiva			
C739 **AND** 8000-8344, 8350-8420, 8440-8509, 8514-8700, 8720-8790, 9700-9701	Thyroid: Differentiated and Anaplastic			
C739 **AND** 8345-8347, 8430, 8510, 8512-8513	Thyroid-Medullary			
C740, C741, C749, C755 **AND** 8680, 8690, 8692-8693, 8700	NET Adrenal			

Note 1: 鼻咽癌個案(C11.0-C11.9)若為下列組織型態時，可依以下所列之分級/分化摘錄。

Nonkeratinizing carcinoma

- Differentiated subtype (WHO Type II)，組織型態及分級/分化應編碼為 8072/3 與 C。
- Undifferentiated subtype (WHO Type III)，組織型態及分級/分化應編碼為 8072/3 與 D。

Grade 99

ICD-O T-/M-Code	**Schema Name**	**AJCC 8 Chapter**	**Code**	**Grade Definition**
C14.0, C14.2, C14.8 **AND** 8000-8700, 9700-9701	Pharynx Other	No AJCC Chapter	A	Well differentiated
C30.1 **AND** 8000-8700, 9700-9701	Middle Ear		B	Moderately differentiated
C31.2-C31.3, C31.8-C31.9 **AND** 8000-8700, 9700-9701	Sinus Other		C	Poorly differentiated
C24.8-C24.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Biliary Other		D	Undifferentiated, anaplastic
C260, C26.8-C26.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Digestive Other		9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown
C33.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Trachea			
C39.0, C39.8-C39.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Respiratory Other			
C44.5-C44.9 **AND** 8000-8040, 8042-8180, 8191-8246, 8248-8700, 8940, 8982	Skin Other			
C57.1-C57.4 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Adnexa Uterine Other			
C57.7-C57.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Genital Female Other			
C63.0-C63.1, C63.7-C63.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Genital Male Other			
C63.2 **AND** 8000-8040, 8042-8180, 8191-8246, 8248-8700				
C68.1, C68.8-C68.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701	Urinary Other			
C69.5 **AND** 8000-8700,9700-9701	Lacrimal Sac			

Grade 99 (Cont.)

ICD-O T-/M-Code	**Schema Name**	**AJCC 8 Chapter**	**Code**	**Grade Definition**
C69.1-C69.4, C69.6, C69.8-C69.9 **AND** 8000-8700, 9700-9701 C69.1-C69.2, C69.5-C69.6, C69.8-C69.9 **AND** 8720-8790 C75.4, C75.8-C75.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701 C75.5 **AND** 8000-8671, 8681-8683, 8691, 8720-8790, 9700-9701 C42.0-C42.4, C76.1-C76.5, C76.7-C76.8, C77.0-C77.5, C77.8-C77.9 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701 C76.0 **AND** 8000-8700, 8720-8790, 9700-9701 C80.9 **AND** 8000-8040, 8042-8180, 8191-8246, 8248-8700, 8720-8790, 9700-9701	Eye Other Endocrine Other Ill-defined Other	No AJCC Chapter	A B C D 9	Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 88

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
M-Code： 9590/3-9993/3	Hematopoietic and Lymphoid Neoplasms	79,80,81, 82,83	8	Not applicable

Note 1: The Lymphoma Ocular Adnexa chapter in the AJCC manual has a defined grading system for the follicular histologies. Grade is to be assigned to these according to the Lymphoma Ocular Adnexa chapter 71. The primary sites and follicular histologies included in chapter 71 are as follows.

- Applicable primary sites: C441, C690, C695, C696
- Applicable histologies: 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3
- Grade for all other histologies collected in the Lymphoma Ocular Adnexa chapter will be coded to 9

附錄E：癌症登記中心通知文

以下為 104 年起癌症登記中心通知文之內容摘錄

一、 癌登 104001 號第五大點

修正癌登通知文 103011 號公告有關「泌尿系統多發癌症」申報原則內容如下：

於 SEER Multiple Primary and Histology (MPH) Coding Rules 其 Renal Pelvis, Ureter, Bladder and Other Urinary (C659, C669, C670-C679, C680-C689)章節中之 M8 rule：

(1) 當 Renal pelvis (C65.9)、Ureter (C66.9)、Bladder (C67._)、Urethra (C68.0)有發生兩種以上的上述部位之泌尿上皮癌 Urothelial tumors (M-code 為 8020, 8031, 8082, 8120, 8122, 8130, 8131)時，須改申報為多發癌症。

(2) 前述第一點若發生於雙側器官，如 Renal pelvis 或 Ureter，亦須申報為多發癌症。

癌症登記「泌尿系統多發癌症」申報原則，修訂如下：

Table 1 – Urothelial Tumors

<table>
<tr><th>Urothelial/Transitional Cell Tumors</th><th>M code</th><th>Urothelial/Transitional Cell Tumors</th><th>M code</th></tr>
<tr><td>With squamous differentiation</td><td rowspan="6">8120</td><td>Papillary carcinoma</td><td rowspan="2">8130</td></tr>
<tr><td>With glandular differentiation</td><td>Papillary transitional cell</td></tr>
<tr><td>With trophoblastic differentiation</td><td>Micropapillary</td><td>8131</td></tr>
<tr><td>Nested</td><td>Lymphoepithelioma-like</td><td rowspan="2">8082</td></tr>
<tr><td>Microcystic</td><td>Plasmacytoid</td></tr>
<tr><td>Transitional cell, NOS</td><td>Giant cell</td><td>8031</td></tr>
<tr><td>Sarcomatoid</td><td>8122</td><td>Undifferentiated</td><td>8020</td></tr>
</table>

Urinary MP

250

Renal Pelvis, Ureter, Bladder, and Other Urinary Multiple Primary Rules – Matrix
C659, C669, C670-C679, C680-C689
(Excludes lymphoma and leukemia M9590-9989 and Kaposi sarcoma M9140)

Rule	Site	Histology	Timing	Behavior	Notes/Examples	Primary
M6	Bladder	Any combination of: • Papillary carcinoma (8050) or • Transitional cell carcinoma (8120-8124) or • Papillary transitional cell carcinoma (8130-8131)				Single*
M7			More than three (3) years apart			Multiple**
M8	Two or more of the following sites • Renal pelvis (C659) • Ureter(C669) • Bladder (C670-C679) • Urethra /prostatic urethra (C680)	Urothelial tumors (See Table 1)*			Abstract as multiple primaries if urothelial tumor(s) in both renal pelvis or in both ureters.	~~Single*~~ **Multiple**
M9		Tumors with histology codes different at the first (xxxx), second (xxxx), or third (xxxx) number				Multiple**
M10	Tumors with topography codes different at the second (Cxxx) and/or third (Cxxx) character					Multiple**
M11	Does not meet any of the above criteria				When an invasive tumor follows an in situ tumor within 60 days, abstract as a single primary.	Single*

二、 癌登 104002 號第二大點及第三大點

(二) 癌症登記摘錄編碼規則通知：

結直腸 intramucosal 包括 surface epithelium, the basement membrane, or the lamina propria 此三者，當癌細胞有侵犯至 lamina propria 時，雖 AJCC 應編碼為 Tis (Stage 0)，但可視為侵襲癌(性態碼編碼 3)。換句話說，若癌細胞無侵犯至 lamina propria 時，僅視為原位癌(性態碼編碼 2)。

若病理報告上出現以下描述: "Tubular adenoma with intramucosal adenocarcinoma (pTis)"
"Intramucosal adenocarcinoma arising from tubulovillous adenoma, pTis"
"Mixed hyperplastic adenomatous polyp with several foci of intramucosal adenocarcinoma, pTis"
"Intramucosal adenocarcinoma"

請務必確核病歷上或詢問團隊共識或請病理醫師註明 intramucosal adenocarcinoma 是否侵犯至 lamina propria，若有才可申報性態碼為 3。

(三) 新增修 100 年 9 月 5 日國健癌字第 1000302045 號書函，有關癌症登記肝癌(C22.0)個案申報 Barcelona-Clinic Liver Cancer(BCLC)期別之摘錄規則如下：

定義	2010 診斷年(含)以後肝癌 BCLC 編碼	Tumor Features	Child-Pugh Score	Performance Status Test
Stage 0	0	Single ≤2 cm Carcinoma in situ	Child-Pugh A	0

Stage A	A	**Single ≤ 5 cm** or 3 nodulars ≤ 3 cm	Child-Pugh A-B	0
Stage B	B	**Single > 5 cm** or Multinodulars	Child-Pugh A-B	0
Stage C	C	Portal invasion **N1, M1**†	Child-Pugh A-B	1-2
Stage D	D	Any	Child-Pugh C	3-4

三、癌登 104003 號第二大點

(二) 依據最新 WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs, Fourth Edition (2014)，已正式將卵巢癌 Adult granulosa cell tumor 視為惡性腫瘤，即組織型態編碼由原 8620/1 更改為 8620/3。因原癌登網站 2012-01-02 公告 100 年新版癌症登記摘錄手冊說明內之附件「癌症登記摘錄說明」公告：「若卵巢癌組織病理報告為 Granulosa cell tumor, adult type (M-code 8620/1)、Granulosa cell-theca cell tumor (M-code 8621/1)、Granulosa cell tumor, juvenile (M-code 8622/1)，因臨床/病理專家認為屬於惡性腫瘤，性態碼依矩陣概念由 1 改為 3 (惡性)予以申報，且確診方式應編碼為 8 (臨床診斷)」。有鑑於早期公告規則中 Granulosa cell tumor, adult type (M-code 8620/1)已不適用矩陣概念且 WHO 現分類為惡性腫瘤，故即日起申報 103 年新診斷個案其確診方式應依其病理報告編碼為 1 (組織病理學確診)。

四、癌登第 105001 號第六大點、第七大點

(六) 近年 WHO 新出版 bluebook 重要訊息摘錄如下：

1. 依據 2015 年新出版 WHO Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus and Heart：胸腺瘤(Thymoma)個案若屬於下表內之組織型態者，自 104 診斷年起視為惡性腫瘤且依規定編碼申報。

病理報告描述	ICD-O-3 MOCDE
Type A thymoma, including atypical variant	8581/3
Type AB thymoma	8582/3
Type B1 thymoma	8583/3
Type B2 thymoma	8584/3
Type B3 thymoma	8585/3
Metaplastic thymoma	8580/3
Sclerosing thymoma	8580/3

2. 2015 年新出版 WHO Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus and Heart：原本 bluebook 編碼為 8250/2-Minimally invasive adenocarcinoma, Non-mucinous，與 8410/2-Adenocarcinoma in situ, Non-mucinous，經由台灣病理學會向 WHO 詢問後確認

紙本為誤植，正確的編碼為 8256/3-Minimally invasive adenocarcinoma, Non-mucinous，與 8250/2-Adenocarcinoma in situ, Non-mucinous。

3. 依據上述第 2 點 2015 年新出版的 WHO bluebook：若肺癌組織型態為 Acinar adenocarcinoma，請編碼為 8551/3。

4. 依據 2013 年出版 WHO Classification of Tumors of Soft Tissue and Bone：組織型態編碼 Dermatofibrosarcoma protuberans (8832/1)與 Pigmented dermatofibrosarcoma protuberans (8833/1)，其性態碼已由 3(惡性)改為 1(不確定是否良性或惡性)，不用申報；若組織型態為 Fibrosarcomatous dermatofibrosarcoma protuberans (8832/3)，則須申報。

5. 依據 2012 年出版 WHO Classification of Tumors of the Breast：新增乳癌組織型態編碼 Encapsulated papillary carcinoma (8504/2)與 Encapsulated papillary carcinoma with invasion (8504/3)，因 ICD-O-3 至今尚未改版，原此類個案僅能借用甲狀腺癌組織型態編碼 Papillary carcinoma, encapsulated (8343/3)來進行申報，但自 103 年第四季起即可依新增編碼申報；另請注意此類型原位癌與侵襲癌的描述差異。

(七) 神經內分泌癌(Neuroendocrine Tumors, NETs)分級分化登錄規則：

依據 The Pathologic Classification of Neuroendocrine Tumors: A Review of Nomenclature, Grading, and Staging Systems (Pancreas 2010;39:707-12)與 AJCC 第七版 17 章節內容，並諮詢病理學會專家後整理如下：

	Code	**Lung and Thymus**	**GastroEnteroPancreatic-NETs***
		WHO	ENETS, WHO
Grade			
Low grade	**1**	Carcinoid tumor 8240/3	NET Grade 1 (G1) 8240/3
Intermediate grade	**2**	Atypical carcinoid tumor 8249/3	NET Grade 2 (G2) 8249/3
High grade	**3**	Small cell carcinoma 8041/3 Large cell NEC 8013/3	NEC Grade 3 (G3), Small cell NEC 8041/3 NEC Grade 3 (G3), Large cell NEC 8013/3
		Other subtypes	
	3	Combined small cell carcinoma 8045/3	
	*		EC cell, serotonin-producing NET 8241/3
	*		Enterochromaffin-like cell tumor, malignant 8242/3
	*		Goblet cell carcinoid 8243/3
	*		Mixed adenoneuroendocrine carcinoma 8244/3
	*		Adenocarcinoid tumor 8245/3

	*		Neuroendocrine carcinoma, NOS 8246/3
	*		Nonfunctional pancreatic NET, G1, G2 8150/3
	*		Insulinoma 8151/3
	*		Glucagonoma 8152/3
	*		Gastrin-producing NET (Gastrinoma) 8153/3
	*		Mixed islet cell & exocrine adenocarcinoma 8154/3
	*		VIPoma 8155/3
	*		Somatostatin-producing NET 8156/3

*消化道神經內分泌癌(包含特殊組織型態)需依據 mitotic count 及/或 ki-67 labeling index 來分級：

G1: mitotic count < 2 per 10 high power fields (HPF) AND < 3% Ki67 index;

G2: mitotic count 2–20 per 10 HPF OR 3–20% Ki67 index;

G3: mitotic count > 20 per 10 HPF OR > 20% Ki67 index

五、癌登第 105003 號第二大點

有關細胞學診斷肺部神經內分泌癌(Neuroendocrine Tumors, NETs)之分級分化登錄原則說明：因細胞學一般無法區分 grade 1 (G1)或 grade 2 (G2)的 NET，也不區分 carcinoid 或 atypical carcinoid 兩類。故以細胞學診斷為"neuroendocrine tumor"或"carcinoid"時，僅能編碼為不詳"9"；但若經細胞學可明確診斷為 small cell carcinoma 時，因 small cell carcinoma 只有 grade 3 (G3)，可直接編碼為 3。

六、癌登第 106001 號第五大點、第六大點之第一、二小點

(五) 依據 SEER(2016)癌症登記編碼規則：自 105 診斷年起，Mature teratoma of the testes in adults 視為惡性須要申報，應編碼為 9080/3；若發生於青春期前的孩童，則依舊編碼為 9080/0 無須申報。

(六) 依據最新 WHO Classification of Tumors of the Urinary System and Male Genital Organs (2016)、WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System (2016)彙整而成，因 2000 年出版之 ICD-O-3 編碼不敷使用，且現行病理報告按最新組織型態記載，故提供最新病理組織型態編碼供醫院使用 (附件更新自癌登 105001 號通知文內容)，注意事項如下：

1. Penis (C60) Warty carcinoma，從原本 M-code 8051/3 分離，新增編碼為 8054/3。
2. 原 Kidney (C64.9) Clear cell papillary renal cell carcinoma 於 ICD-O-3 無編碼，依據 MP/H coding rules H6 描述當 Renal cell carcinoma, papillary and clear cell types 可編碼為 8255/3 (Adenocarcinoma with mixed subtypes)，但因新版 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs 新增 Clear cell papillary renal cell carcinoma 敘述，編碼為 8323/1，從惡性編碼變為良性編碼不需申報，請小心。

七、癌登第 106005 號第六大點之第一至四小點

(六)依據最新WHO Classification of Head and Neck Tumours (2017)、WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs (2017)彙整而成，因2000年出版之ICD-O-3編碼不敷使用，且現行病理報告按最新組織型態記載，故提供最新病理組織型態編碼供醫院使用(附件更新自癌登105001號通知文內容)，WHO 2017年新增編碼請於2017診斷年個案開始使用。注意事項如下：

(1)胰臟的內分泌腫瘤：Insulinoma、Glucagonoma、Gastrinoma、Somatostatinoma、VIPoma、ACTH-producing tumour (C25._)，與Pheochromocytoma (C74.1)、Carotid body paraganglioma (C75.4)、Middle ear paraganglioma (C75.5)，以及Epithelioid hemangio-endothelioma (C30.0, C31._)，自106診斷年起皆視為惡性，需申報。

(2)Sellar ependymoma (C75.1)與Immature teratoma (grade 2) (C73.9)自106診斷年起應視為良性，不需申報；但Malignant teratoma (grade 3) (C73.9) 仍應申報。

(3)Chondrosarcoma, NOS 與 Chondrosarcoma, grade 2/3 編碼為 9220/3 需申報；新增 Chondrosarcoma, grade 1編碼為9222/1，不需申報。

(4) 新增編碼 Squamous cell carcinoma, HPV-positive 8085/3 與 Squamous cell carcinoma, HPV-negative 8086/3 (C01.9, C02.4, C05.1, C05.2, C09._, C10._)。

八、 癌登第107001號第二大點、第三大點

（二） 2018 年 1 月 10 日北美癌症登記協會（North American Association of Central Cancer Registries, NAACCR）公布最新 ICD-O-3 組織型態更新版本，經比對後，與去年底癌登 106005 號通知文附件內容差異處，整理歸納如下：

(1) 每年 WHO Classifications for Tumors (Blue Books)新增編碼，請於公告年度之診斷個案開始使用。例如：去年底通知文所公告之最新 WHO Classification of Head and Neck Tumours (2017)、WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs (2017)適用於 2017 診斷年起個案。

(2) NUT carcinoma 8023/3 (C34._, C37.9) ，新增適用部位 C30.0, C31._。

(3) Condylomatous carcinoma 8054/3 (C60._)，同 Warty carcinoma。

(4) Squamous cell carcinoma, HPV-positive 8085/3 與 Squamous cell carcinoma, HPV-negative 8086/3，新增適用部位 C02.4, C05.1, C05.2, C31._。

(5) Enteric adenocarcinoma 8144/3，新增適用部位 C65.9, C66.9, C67._, C68._。

(6) Micropapillary adenocarcinoma 8265/3，新增適用部位 C34._。

(7) Low-grade serous carcinoma 8460/3、High-grade serous carcinoma 8461/3，新增適用部位 C56.9。

（三） 因最新公告WHO Classification of Head and Neck Tumours (2017)新增Oral epithelial dysplasia, high grade (C00._, C02._, C03._, C04._, C05._, C06._)可編碼為8077/2；但經與台灣病理學會諮詢後，口腔dysplasia系統分為兩類：low/high grade dysplasia (二分法)或

mild/moderate/severe dysplasia (三分法)，因僅有severe dysplasia可視為原位癌，但high grade dysplasia包含moderate dysplasia與severe dysplasia，不可直接視為原位癌申報。

口腔病理報告描述	是否申報
Severe dysplasia (團隊會議共識或醫師認定是原位癌)	是
Severe dysplasia (團隊會議共識或醫師**不**認定是原位癌)	否
High grade dysplasia (團隊會議共識或醫師認定是原位癌)	是
High grade dysplasia (團隊會議共識或醫師**不**認定是原位癌)	否
Mild or moderate dysplasia	否
Low grade dysplasia	否

九、癌登第107003號第四大點

(四) 依癌登中心諮詢病理專家意見：

(1)修正8830/3 Undifferentiated high-grade pleomorphic sarcoma於原發部位為BONE適用；若發生於其他部位，則以8802/3 Undifferentiated pleomorphic sarcoma申報。

(2)有關惡性腦膜瘤個案(M-code 953)，其發生部位應編碼為腦膜(C70 Meminges)。

十、癌登第107004號第二大點

（二） 依據本中心諮詢專家意見以及參考SEER Inquiry System，有部分需修正的編碼或不需申報的個案，說明如下：

(1) 修正原8311/3 Succinate dehydrogenase-deficient renal carcinoma (C64.9)，應編碼為8312/3較為適宜。

Question：What is the correct ICD-O-3 histology code for Succinate dehydrogenase-deficient renal carcinoma of kidney?

Answer：Per WHO 4th Ed Urinary Tumors, Succinate dehydrogenase-deficient renal carcinoma of kidney is extremely rare. A specific ICD-O code has not been assigned to this histology. Code the case to renal cell carcinoma, NOS (8312/3).

(2) Low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN) (C18.1) 個案不需申報至癌登中心。

十一、癌登108002號第三大點

三、 107 年版「台灣癌症登記長表/短表摘錄手冊」與「癌症部位特定因子(SSF) 編碼手冊」正式版修訂處之重點摘錄如下：

(2) 自 107 年起，新診斷為多發性骨髓瘤(multiple myeloma)個案，依 AJCC 第八版登錄臨床期別組合時，仍應採用 International Staging System (ISS)期別，勿登錄 Revised International Staging System (RISS)期別。

(3) 有關子宮體癌個案之分級/分化欄位： - 組織型態為 endometrioid and mucinous

carcinoma 時，應採用 FIGO grade 申報。- 組織型態為 serous, clear cell, small cell and large cell neuroendocrine carcinomas, undifferentiated carcinomas, dedifferentiated carcinomas, and carcinosarcomas 時，應申報編碼為 3。- 組織型態為 leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma 時，應 申報編碼為 L 或 H，不應申報 FNCLCC grade。

(4) 膀胱癌個案其組織型態為 urothelial cancers 或 adenocarcinomas / squamous cell carcinomas，且僅接受TURBt 時，其分級/分化應一律編 碼於臨床分級/分化欄位，病理分級/分化欄位應編碼為 9。

十二、癌登108004號第五大點

更新癌登通知文104001號公告有關「泌尿系統多發癌症」申報原則，修訂如下：

於2018年SEER「Solid Tumor Rules」其Renal Pelvis, Ureter, Bladder and Other Urinary Multiple Primary Rules (C659, C669, C670-C679, C680-C689)章節中Rule M11：

(1) 當Renal pelvis (C65.9)、Ureter (C66.9)、Bladder (C67._)、Urethra (C68.0)有發生兩種以上的上述部位之泌尿上皮癌Urothelial carcinomas (M-code為8020, 8031, 8082, 8120, 8122, 8130, 8131)時，需改申報為多發癌症。(請見以下紅字修正)

(2) 前述第一點若發生於雙側器官，如Renal pelvis或Ureter，亦須申報為多發癌症。

Rule M11 Abstract **multiple primaries** when there are **urothelial carcinomas** in multiple urinary organs.

Note 1: This rule is **ONLY** for urothelial carcinoma **8120** and all subtypes/variants of urothelial carcinoma. This rule does not apply to any other carcinomas or sarcomas.

Note 2: Behavior is irrelevant.

Note 3: This rule applies to multifocal/multicentric carcinoma which involves two or more of the following urinary sites:

- Renal pelvis
- Ureter
- Bladder
- Urethra

十三、癌登108006號第三大點

三、自 108 診斷年起，肝癌(C22.0)個案請採用「BCLC 期別摘錄規則 2019 台灣編修版」，登錄於『其他分期系統期別(臨床)』欄位。BCLC 期別摘錄規則 2019 台灣編修版，與先前使用版本對照整理如下表**(紅字為修改部分)**：

BCLC 期別摘錄規則 2019 台灣編修版，與先前使用版本對照表：

修訂前 BCLC 期別版本				修訂後 BCLC 期別版本 (自108年起新診斷之肝癌個案適用)			
定義	Tumor Features	Child-Pugh Score	Performance Status Test	定義	Tumor Features	Child-Pugh Score	Performance Status Test
Stage 0	Single ≤ 2 cm Carcinoma in situ	Child-Pugh A	0	Stage 0	Single ≤ 2 cm Carcinoma in situ	Child-Pugh A	**0-1**
Stage A	**Single ≤ 5 cm*** or 3 nodulars ≤ 3 cm	Child-Pugh A-B	0	Stage A	**Single ≤ 5 cm*** or 3 nodulars ≤ 3 cm	Child-Pugh A-B	**0-1**
Stage B	**Single > 5 cm*** or Multinodulars	Child-Pugh A-B	0	Stage B	**Single > 5 cm*** or Multinodulars	Child-Pugh A-B	**0-1**
Stage C	Portal invasion N1, M1	Child-Pugh A-B	1-2	Stage C	Portal invasion N1, M1	Child-Pugh A-B	**0-2**
Stage D	Any	Child-Pugh C	3-4	Stage D	Any	Child-Pugh C	3-4

* 依據100年8月31日國健署委託國衛院召開肝癌臨床專業諮詢小組會議中已決議：單顆腫瘤不超過5公分（≤5cm）或至多三個多顆腫瘤不超過3公分（≤3cm），BCLC期別視為Stage A；單顆腫瘤超過5公分（>5cm），BCLC期別視為Stage B。

十四、癌登108009號第三大點

三、 有關 Squamous cell carcinoma, HPV-positive or HPV-negative「組織型態」編碼 8085 或 8086 者： 因 HPV-positive 不相當於 HPV-mediated (p16+)，故僅執行 p16 檢測，請勿編碼為 8085 或 8086。HPV-positive 是指 HPV 病毒感染為陽性，與 p16 蛋白有過度表 現(p16+)不同；且 HPV 感染檢測是以原位雜交技術(In Situ Hybridization, ISH)或聚 合酶連鎖反應(Polymerase Chain Reaction, PCR)等方法來檢測 HPV DNA 病毒量， 而 p16 蛋白表現(HPV 的替代標記)的檢測，僅採用免疫組織化學染色技術 (Immunohistochemistry, IHC)。故 HPV-positive 必須通過病毒檢測為陽性，才能將 組織型態編碼為 8085 (參考資料：2018 Solid Tumor rules 第 105 頁)。雖然 p16 陽 性的表現與頭頸部鱗狀細胞癌(HNSCC)中的 HPV 感染有高度相關，但 p16 陽性不 僅限於 HPV 陽性腫瘤，在許多情況下，p16 可能為陽性但 HPV 檢測卻為陰性。

附錄F：台灣癌症登記摘錄手冊更新頁數說明

❖以下標示頁碼為 2018 v.1 版手冊頁碼，以供對照。

前言

2019/12/31

刪除「(例如：血癌之 GVHD)」之字眼：(p.2)

同時聘請癌症登記師資(註 4)檢視其摘錄內容之適切性及試行登錄後，提供專業建議，再據以修訂前述所規劃的 16 項癌症部位特定因子欄位內容。其收錄分類包括：(1)具預後或評估治療效果意義的腫瘤標記(例如：結直腸癌之 CEA)、(2)具預後或決定治療方式的腫瘤特性指標(例如：乳癌之 HER2) 、(3)治療效果評估、(4)決定存活之極重要的治療副作用~~(例如：血癌之 GVHD)~~ 、 (5)影響預後的手術病理特徵 (例如：結直腸癌之 Perineural invasion)等。

癌症登記收錄欄位名稱與資料格式表

2019/12/31

組織類型修改為組織型態；Target 修改為 Targeted：(p.5、6)

2.8	組織~~類型~~型態	Histology	4	83	86	文字
4.3.13	外院標靶治療	Targeted therapy at Other Facility	2	316	317	文字
4.3.14	申報醫院標靶治療	Targeted therapy at This Facility	2	318	319	文字
4.3.15	申報醫院標靶治療開始日期	Date of Targeted therapy Started at This Facility	8	320	327	文字

第一部分 個案的選擇和編碼原則總論修正

2019/12/31

修訂申報個案條件第二點、第三點：(p.15)

（二） 個案經診斷為癌症滿 10 年後(第 11 年起)，則不必再申報至癌症登記中心。~~即 2008 年(含)之前被診斷為癌症個案，自 2019 年起不必再申報。~~

範例：2008 診斷年個案，2019 年起不須申報；2009 診斷年個案，2020 年起不須申報，2010 年診斷年個案，2021 年起不須申報；以此類推。

（三） 原則上每一癌症個案僅可申報一次，但有下列情況者應需再申報

1. 曾經申報，但首次療程資料發生異動時，請進行資料異動。

(1)個案經診斷為癌症滿 5 年後(第 6 年起)，不再接受異動。~~即 2013 診斷年(含)之前個案，自 2019 年起不再接受長短表資料異動。~~

範例：2013 診斷年個案，2019 年起不再異動；2014 診斷年個案，2020 年起不再異動，2015 診斷年個案，2021 年起不須異動；以此類推。

修訂申報個案條件第四點之表格如下：(p.15)

（四） 2020 年 2 月 6 日起所有申報之癌症個案，均全面採用 2018 年第二版台灣癌症登記摘錄手冊(以下簡稱 2018 v.2)申報，說明如下：

癌症診斷年	使用手冊版本
不分診斷年	2018 v.2

<u>2019/11/8</u>

側性(Laterality)刪除「部位起源位於中線(Midline)者編碼為 5。」之字眼，並新增定義：(p.23)

- ~~部位起源位於中線(Midline)者編碼為5。~~
- 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤，編碼為5。
  - C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445。
  - 若腫瘤非原發於以上部位時，則不可編碼為5。

<u>2019/12/31</u>

形態學：分級/分化 (Morphology: Grade/Differention)之 2019 申報年改為 2020 申報年；刪除第一點，並修改第二點、第三點：(p.26)

自 ~~2019~~2020 申報年起所有新診斷個案，採用以下分級/分化規則摘錄：

~~三. 2017年12月31日(含)之前診斷之癌症個案請摘錄於2.10分級/分化。原2.10欄位定義請參考2011.v7版本。~~

四. ~~2018年1月1日起~~不分診斷年所有新診斷癌症個案均需摘錄2.10.1臨床分級/分化與2.10.2病理分級/分化，且不再收錄2.10分級/分化欄位資訊。

五. ~~2018年1月1日起~~不分診斷年所有新診斷癌症個案請依據以下規則及附錄 D 原則摘錄臨床與病理分級/分化內容：

<u>2019/11/8</u>

修訂首次療程 (First Course of Treatment)之放射治療，「未放射治療原因」改為「放射治療執行狀態」：(p.38)

以下欄位適用於申報醫院之放射治療：

「放射治療臨床標靶體積摘要」

「放射治療儀器」

「放射治療開始日期」

「放射治療結束日期」

「放射治療執行狀態」

第二部份編碼指引：癌症確認

2018/11/8

#2.5 最初診斷日期

第四點之第一小點新增注意…：(p.79)

- 疑似癌症的日期不可摘錄為最初診斷日期。
  - 注意：白血病個案若周邊血液(peripheral blood) blast≧20%，雖然醫師於病歷描述為 rule out leukemia，仍可視為確診。

2019/12/31

#2.7 側性

修改編碼指引原第四點內容及編碼欄位 4 和 5 的定義，修改內容如下：(p.84)

- ~~當成對器官左右雙側相聯，兩腫瘤病灶位於左右相聯處，則編碼為5(腫瘤位於身體中線)；注意若為右側乳房中線(midline of the right breast)則側性編碼為1，原發部位為C50.8(腫瘤位於交接處)。~~
- 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤，編碼為5。
  - C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445。
  - 若腫瘤非原發於以上部位時，則不可編碼為5。

編碼	定義
4	成對器官，雙側侵犯但起源之側位不清楚，且病歷描述是單一原發。較少見，如~~以~~下~~三例~~： • 雙側卵巢同時有單一組織類型之腫瘤侵犯。 • 雙側卵巢同時有相同或不同之epithelial組織型態(8000-8799)之腫瘤侵犯。 • 雙側同時有視網膜芽細胞瘤(retinoblastomas)。 • 雙側同時有Wilm腫瘤(Wilm tumors)。 • 雙側瀰漫性肺部結節。
5	• 原發部位為以下部位且為身體中線的腫瘤。 • C700,C710-C714,C722-C725,C443,C445

2019/12/31

#2.10.1 臨床分級/分化

刪除編碼指引第一點、第二點：(p.90)

- ~~本欄位適用於診斷年為 2018 年 1 月 1 日起之新診斷個案。~~
- ~~2017 年 12 月 31 日(含)之前診斷之癌症個案請摘錄於 2.10 分級/分化。2.10 欄位定義請參考 2011v.7 版本。~~

修改編碼指引第六點：(p.90)

- ~~臨床分級/分化請優先摘錄切片(biopsy、needle core biopsy)的病理報告；若無切片病理報告，則可參考細胞學報告。~~
- 臨床分級/分化請優先摘錄切片(biopsy、needle core biopsy)的病理報告；若未執行切片，則可參考細胞學報告。若有執行切片，**但切片之病理報告無描述時，則分級/分化應編碼為 9。**

新增案例：(p.93)

編碼	案例
9	肺癌個案同時接受 RUL, fine-needle aspiration 及 CT-guide biopsy。Fine-needle aspiration 病理報告描述 Poorly differentiated carcinoma.；而 CT-guide biopsy 病理報告結果為 Adenocarcinoma，未描述分級/分化，不應摘錄細胞學檢查之分級/分化。

2019/12/31

#2.10.2 病理分級/分化

刪除編碼指引第一點、第二點：(p.94)

- ~~本欄位適用於診斷年為 2018 年 1 月 1 日起之新診斷個案。~~
- ~~2017 年 12 月 31 日(含)之前診斷之癌症個案請摘錄於 2.10 分級/分化。2.10 欄位定義請參考 2011v.7 版本。~~

新增編碼指引第八點，原第八點改為第九點：(p.94)

- 若原發部位已做excisional biopsy，後續接受腫瘤切除且結果為no residual tumor，則病理分級/分化可採用excisional biopsy中的描述(即同臨床分級/分化)。

2019/11/8

#2.12 首次顯微鏡檢證實日期

編碼指引第五點新增第三小點，原第三小點改為第四小點：(p.101)

- 個案經診斷為白血病或其他血液腫瘤疾患(排除淋巴癌)者，若有下列任一情況時，以**最早採檢日期**為首次顯微鏡檢證實日期：
  - 單次全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告**異常**。
  - 多份全血球計數(CBC)或白血球計數(WBC)報告**異常**，且醫師確定診斷時明示採用某份**異常**報告；若醫師未明示採用某份**異常**報告，則以癌症確診後最近一份**異常**報告為主。
  - 白血病個案若周邊血液(peripheral blood) blast≧20%，雖然醫師於病歷描述為rule out leukemia，仍可以視為確診。
  - 經骨髓或其他組織切片檢查證實

2019/12/31

#2.13.1 神經侵襲

新增編碼指引第三點，原第三點改為第四點：(p.110)

- 病情惡化後所執行的病理資訊則不採用。

修改編碼指引第六點之內容：(p.110)

- ~~未接受前導性治療的個案，原發部位病理報告描述為不確定是否有侵襲與未侵襲兩種記錄時；或描述為不詳與未侵襲兩種記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。~~
- 未接受前導性治療的個案，若有多份原發部位病理報告，且報告內容描述涵蓋有不確定、未侵襲或不詳等記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。

修改編碼指引第十點之第三小點：(p.110)

- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
  - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有神經侵襲，應編碼為1。
  - 若治療前後的病理報告皆描述未有神經侵襲時，應編碼為0。
  - 若治療前~~後~~的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後**有**病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若**無**病理報告且無任何資訊編碼9

修改編碼表格內容：(p.110-111)

編碼	定義
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有神經侵襲。 • ~~任一~~所有原發部位病理報告皆未描述神經侵襲情形。
8	不適用： • GIST、NETs、High grade dysplasia (Severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳。 • 原發部位未執行~~切片~~病理檢查。

新增範例：(p.111)

範例：

編碼	案例
0	結腸癌個案切片病理報告並未描述神經侵襲狀態，接受手術治療，術後病理報告描述沒有神經侵襲。
0	口腔癌個案切片病理報告描述神經侵襲狀態為 NA，後續接受手術治療，術後病理報告描述沒有神經侵襲。
7	卵巢癌個案經影像確診後，接受手術治療，術後病理報告未描述神經侵襲狀態。
9	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

2019/12/31

#2.13.2 淋巴管或血管侵犯

新增編碼指引第三點，原第三點改為第四點：(p.112)

- 病情惡化後所執行的病理資訊則不採用。

修改編碼指引第七點之內容：(p.112)

- ~~未接受前導性治療的個案，原發部位病理報告描述為不確定是否有侵襲與未侵襲兩種記錄時；或描述為不詳與未侵襲兩種記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。~~
- 未接受前導性治療的個案，若有多份原發部位病理報告，且報告內容描述涵蓋有不確定、未侵襲或不詳等記錄時，應以未侵襲的記錄為優先，編碼為0。

修改編碼指引第十一點之第三小點：(p.112)

- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
  - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有神經侵襲，應編碼為1。
  - 若治療前後的病理報告皆描述未有神經侵襲時，應編碼為0。
  - 若治療前後的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後有病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若無病理報告且無任何資訊編碼9。

修改編碼表格內容：(p.113)

編碼	定義
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有淋巴管或血管侵犯。 • ~~任一~~所有原發部位病理報告皆未描述淋巴管或血管侵犯情形。
8	不適用。 • GIST、NETs、High grade dysplasia (severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳個案。 • 原發部位未執行~~切片~~病理檢查。

新增範例：(p.113)

範例：

編碼	案例
0	結腸癌個案切片病理報告並未描述淋巴管或血管侵犯狀態，接受手術治療，術後病理報告描述沒有淋巴或血管侵犯。
0	口腔癌個案切片病理報告描述淋巴管或血管狀態為 NA，後續接受手術治療，術後病理報告描述沒有淋巴或血管侵犯。
7	卵巢癌個案經影像確診後，接受手術治療，術後病理報告未描述淋巴管或血管侵犯狀態。
9	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

<u>2019/11/8</u>

#2.14 區域淋巴結檢查數目

刪除編碼指引第六點：(p.115)

- ~~以biopsy採樣，知道顆數則按顆數編碼，顆數不詳則編碼96。~~

修改編碼指引第七點，刪除「selective dissection」、「但顆數不詳，編碼96。」之字眼：(p.115)

- 以sampling (包括excisional biopsy, berry picking, sentinel lymph node procedure, ~~selective dissection~~等)方式採樣，若有記載顆數則按顆數編碼，若顆數不詳則編碼96~~但顆數不詳，編碼96。~~

編碼指引第八點新增「selective dissection」字眼：(p.115)

- 以dissection (包括lymphadenectomy, radical node dissection, lymph node stripping, selective dissection)摘除大部分或所有同一chain(s)的淋巴結，顆數不詳，編碼97。

2019/11/8

#3.2 外院診斷性及分期性手術處置

新增編碼指引第十二點，原第十二點改為第十三點：(p.125)

- 若僅執行診斷性區域性淋巴結的組織抽吸(aspirate)、診斷性切片(incisional/excisional biopsy，core biopsy)手術處置本欄位需編碼為00。

2019/11/8

#3.3申報醫院診斷性及分期性手術處置

刪除編碼指引第五點：(p.130)

- ~~若個案手術中接受冰凍切片後，無進一步切除腫瘤，則可在「診斷性及分期性手術處置」進行編碼；但若繼續做切除腫瘤的手術，則不可編碼於「診斷性及分期性手術處置」欄位中。~~

修改編碼指引第十點，「非單一個」改為「有多顆」：(p.130)

- 內淋巴癌個案，~~非單一個~~有多顆淋巴結侵犯時，僅針對其中一顆淋巴結切片(biopsied)或切除(removed)作為診斷或分期依據，則「申報醫院診斷性及分期性手術處置」編碼為02；此狀況於「申報醫院原發部位手術方式」欄位，編碼為00。

2019/11/8

#3.5 臨床N

修改編碼表格，刪除0A及0B：(p.135)

編碼	定義
~~0A~~	~~N0a~~
~~0B~~	~~N0b/N0(i+)~~

2019/11/8

#3.11 病理N

修改編碼表格，編碼N0(mol-)增加「僅適用於AJCC第七版」字眼：(p.144)

編碼	定義	編碼	定義
0C	N0(mol-)(僅適用於AJCC 第七版)	2C	N2c

2019/11/8

#3.19 其他分期系統期別(臨床)

FIOG期別新增編碼1B3：(p.154)

- FIGO

編碼	定義
1B3	Stage IB3

Breast Cancer Clinical Prognostic Stage 新增 8888 及 9999 兩個編碼：(p.156)

編碼	定義
8888	不適用 • 術後確診
9999	不詳

修改Binet Staging System for Chronic Lymphocytic Leukemia之內容：(p.156)

編碼	定義
A	Stage A：~~Lymphocytosis only~~ Hemoglobin≧10g/dL and Plateles≧100,000/mm^3 and< 3 enlarged area.
B	Stage B：~~+ Adenopathy~~ Hemoglobin≧10g/dL and Plateles≧100,000/mm^3 and≧3 enlarged area.
C	Stage C：~~+ Enlarged spleen and/or liver~~ Hemoglobin<10g/dL and/or Plateles<100,000/mm^3 and any number of enlarged areas.

2019/11/8

#3.21 其他分期系統期別(病理)

Breast Cancer Pathological Prognostic Stage：(p.158)

編碼	定義
8888	不適用 • 前導性治療後再行手術的個案
9999	不詳

第二部份編碼指引：首次療程

2018/11/8

#4.1 首次療程開始日期

編碼指引第二點之例如增加「25」之字眼：(p.162)

- 若選擇積極監測或予以密切觀察(Active surveillance or watchful waiting)，則摘錄決定予以積極監測或密切觀察之日期為首次療程開始日期。

例如：若攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)，後續醫生選擇積極監測(Active surveillance)或予以密切觀察(Watchful waiting)，則「首次療程開始日期」應摘錄積極監測或密切觀察的日期

2018/11/8

#4.1.1 首次手術日期

編碼指引第一點之例外 2，新增「25」之字眼：(p.165)

例外 2：若攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)，「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」應編碼為 00000000；但必須於「原發部位手術方式」摘錄術式。

2018/12/31

#4.1.4.1 微創手術

編碼指引第七點新增「25」之字眼；新增第五小點，原第五小點改為第六小點：(p.173)

- 原發部位未手術或接受以下手術，應編碼為8：
  - 原發部位未接受手術。
  - 原發部位手術方式編碼10-19。
  - 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-23、25。
  - 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術)。
  - Hematopoietic, Reticuloendothelial, Immunoproliferative and Myeloproliferative Neoplasms，範圍如下：
    - i. Primary sites: C420-C421, C423-C424 (all histologies)
    - ii. Histologies: M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968, and 9975-9993 (all sites)

修改編碼欄位表格：(p.174)

編碼	定義
8	不適用： • 原發部位未接受手術。 • 原發部位手術方式編碼10-19。 • 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-23、25。 • 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術) • 2017年(含)之前診斷之個案。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。

修改範例，編碼 1 改為 8：(p.174)

編碼	定義
~~1~~8	攝護腺癌個案接受Laser TURP治療。

2018/11/8

#4.1.5 原發部位手術邊緣

修改編碼範圍：(p.175)

原發部位手術邊緣 Surgical Margins of the Primary Site	欄位長度：1 編碼範圍：0-5, 7-9, A-E 癌登欄位序號 #4.1.5 NAACCR Item #1320

修改編碼指引第二點，3 改為 4：(p.175)

- 編碼1-4與A-B為有侵襲癌殘存，C-E為有原位癌或分化不良殘存；當手術紀錄及病理報告同時有侵襲癌與原位癌或分化不良殘存時，請優先編碼侵襲癌結果。另原位癌或分化不良編碼之優先順序為C>D>E。

新增編碼指引第四點，原第四點改為第五點：(p.175)

- 若病理報告僅描述手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為5。

修改編碼指引第七點，增加「25」之字眼：(p.175)

- 攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)，本欄位應編碼為8。

編碼欄位表格新增編碼 5 之定義；修改編碼 7、8、9 之內容：(p.176)

編碼	標示	定義
5	病理報告描述手術邊緣 very close 或 may not be free 或僅描述<1mm 且未明示狀態。	• 病理報告描述手術邊緣狀態為very close或may not be free。 • 病理報告僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態。
7	手術邊緣的狀態無法評估。	病理報告描述手術邊緣狀態無法評估。
8	未針對原發腫瘤進行手術。	• 未針對原發腫瘤部位進行手術。 • 手術方式編碼為10-19者。 • 攝護腺癌個案僅接受TURP(術式編碼為21-23、25)。 • 個案於屍體解剖時才診斷為癌症。

編碼	標示	定義
9	不詳或不適用。	• 不知道個案是否有接受原發部位手術。 • 僅由死亡證明書得知個案有癌症。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。 • 病歷未記載或不詳。

新增範例：(p.177)

編碼	案例
5	乳癌個案接受手術切除後之病理報告描述：closest margin <1mm，may not be free。

2019/12/31

#4.1.5.1 原發部位手術切緣距離

修改編碼範圍：(p.178)

原發部位手術切緣距離 **Surgical Margins Distance of the Primary Site**	欄位長度：3 編碼範圍：000-980,987,988,990-991,999 癌登欄位序號：4.1.5.1

修改編碼指引第二點，增加「(原位癌或分化不良)」之字眼：(p.178)

- 若個案之手術切緣同時描述有侵襲癌及非侵襲癌(原位癌或分化不良)距離時，優先摘錄侵襲癌的距離。

新增編碼指引第四點，原第四點改為第五點：(p.178)

- 若個案為多顆腫瘤並判定為單一原發，經手術切除多顆腫瘤後，手術切緣距離應摘錄多顆腫瘤中的最近距離。

刪除編碼指引第七、八點；第九點刪除「但必須排除編碼 981、982 的狀況。」之字眼，並新增例如；新增編碼指引第十點，原第十點改為第十一點；第十一點「標本」改為「診斷」，並修改指引描述及增加「(原位癌或分化不良)」之字眼；編碼指引第十二點「標本」改為「診斷」及增加「(原位癌或分化不良)」之字眼。：(p.178)

- ~~若距離大於 1 公分(10mm)，應編碼為 100。~~
- ~~若病理報告描述小於 1 毫米未明示實際距離及切緣狀態，請再次詢問病理醫師：~~
  - ~~詢問結果若為陰性手術切緣(代表手術切緣無惡性腫瘤細胞侵犯)，應編碼為 981。~~
  - ~~詢問結果若為陽性手術切緣(代表手術切緣有惡性腫瘤細胞侵犯)，應編碼為 000。~~
  - ~~若未明示或無法諮詢醫師則編碼為 982。~~
- 病理報告描述距離大於或小於某數值時，則直接依據其數值逕行編碼~~；但必須排除編碼 981、982 的狀況~~。
  - 例如：若距離大於 1 公分(>10mm)，應編碼為 100；若大於 2.5 公分(>25mm)，應編碼 250。；若小於 1 毫米(<1mm)，應編碼為 010。
- 病理報告僅描述為 very close、may not be free 且未描述切緣距離時，應編碼 987。
- 經再次切除，後續病理報告診斷已無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌，且手術切緣皆無侵襲癌與非侵襲癌(原位癌或分化不良)侵犯，若有描述切緣距離必須摘錄；若未描述切緣距離，則編碼為 990。
- 先前導性治療後再手術切除，病理報告診斷~~標本~~為無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌，且手術切緣皆無侵襲癌與非侵襲癌(原位癌或分化不良)侵犯，亦未描述切緣距離，應編碼為 990。

編碼指引第十二點，刪除「殘存」之字眼：(p.178)

- 病理報告描述手術切緣為非侵襲癌(原位癌或分化不良~~殘存~~)時，應編碼為 991。

編碼指引第十八點新增「25」之字眼：(p.178)

- 攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)，應編碼為 988。**編碼欄位 981、982 刪除；新增編碼欄位 987 之定義；編碼欄位 988 新增「25」之字眼；編碼 990 新增「且無描述切緣距離」之字眼；編碼 991 刪除「殘存」之字眼：(p.179)**

編碼	定義
987	僅描述 very close、may not be free，且未描述切緣距離。
~~981~~	~~小於 1mm，詢問醫師結果為陰性。~~
~~982~~	~~小於 1mm，未明示狀態。~~
988	不適用。 • 未執行原發腫瘤部位手術。 • 病理報告註明無法評估。 • 手術方式編碼為 10-19 者。 • 攝護腺癌個案僅接受 TURP(術式編碼為 21-23、25)。 • 原發部位為淋巴結的淋巴癌。 • 原發不明(C80.9)或分界不明(C76._)之部位。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。 • 個案於屍體解剖時或死亡證明書上得知為癌症。 • 非於申報醫院檢查或治療，且無外院資訊。
990	當以下情形之手術切緣狀態皆無侵襲癌與非侵襲癌侵犯**且無描述切緣距離**： • 經再次切除後，病理標本無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。 • 前導性治療後經手術切除，病理標本為無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。
991	病理報告描述手術切緣為非侵襲癌(原位癌或分化不良~~殘存~~)。

修改範例：(p.179)

編碼	定義
~~990~~	~~Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma in situ，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin negative。~~
~~990~~	~~Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma **in situ**. Margin negative。~~
990	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，Margin positive，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin negative，未描述 margin distance。
020	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，Margin positive，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin negative，the closest margin distance: 2mm。
991	Buccal mucosa cancer 個案接受 excision biopsy 檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma in situ. Margin involves by mild dysplasia。

編碼	定義
~~991~~	~~Buccal mucosa cancer 個案接受切片檢查，病理切片報告描述為：squamous cell carcinoma, well differentiated，後續接受 wide excision，病理報告描述為 squamous cell carcinoma **in situ**. Margin invoved by mild dyspalsia。~~
010	乳癌個案接受手術切除後之病理報告描述：closest margin <1mm，may not be free。

2019/12/31

#4.1.8 外院其他部位手術方式

修改欄位敘述及收錄目的：(p.188)

欄位敘述：

~~記錄在外院進行手術切除原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他部位組織/器官。~~

記錄在外院進行手術切除原發腫瘤外之鄰近部位組織/器官、遠端淋巴結或遠端轉移。

收錄目的：

~~記錄手術範圍，並評估轉移的情形。~~利於評估腫瘤侵犯的範圍。

2019/12/31

#4.1.9 申報醫院其他部位手術方式

修改欄位敘述及收錄目的：(p.190)

欄位敘述：

~~記錄在申報醫院進行手術切除原發腫瘤外的遠端淋巴結或其他部位組織/器官。~~

記錄在申報醫院進行手術切除原發腫瘤外之鄰近部位組織/器官、遠端淋巴結或遠端轉移。

收錄目的：

~~切除非原發腫瘤外的組織可記錄手術治療的範圍，並有~~利於評估~~原發~~腫瘤侵犯~~轉移~~的範圍。

2019/11/8

#4.2.1.1 放射治療臨床標靶體積摘要

刪除編碼指引第十七點：(p.195)

- ~~子宮頸癌的放射治療範圍明確包含下腔大動脈旁淋巴結轉移，必須當作有治療到遠端轉移加以編碼。~~

#4.2.1.5 放射治療與手術順序

編碼指引第二點例外增加「25」之字眼：(p.206)

- 本欄位手術定義範圍：(1) 原發部位手術編碼為20-90之處置，(2)區域淋巴結手術範圍編碼為2-7之處置。

  例外：攝護腺癌手術編碼為21-23、25時，不需比較治療順序。

#4.2.1.6 區域治療與全身性治療順序

編碼指引第三點例外增加「25」之字眼：(p.210)

- 區域治療定義為首次療程中的手術治療及放射線治療；手術定義範圍為原發部位手術編碼為20-90之處置。

  例外：攝護腺癌手術編碼為21-23、25時，不需比較治療順序。

編碼指引第九點之注意中 CCRT 改為 CSRT；7 改為 14：(p.211)

- 編碼2主要應用於同步全身性藥物放射治療(Concurrent systemic and radiation therapy，CSRT)。但也可以用於手術旁全身性藥物治療(perioperative chemotherapy)。

  注意：同步全身性藥物放射治療(CSRT)的定義為個案同時接受放射治療與全身性藥物治療；若接受放射治療前後14天內有給予全身性藥物治療，可視為有接受CSRT。
  但放射治療結束後一個月仍持續接受全身性藥物治療，應視為輔助治療。

新增編碼指引第十二點：(p.211)

- 雙盲試驗治療需列入區域治療與全身性治療之順序比較。

#4.2.1.8 放射治療執行狀態

修改編碼範圍：(p.214)

放射治療執行狀態	欄位長度：2
RT Status	編碼範圍：00-10,99
	癌登欄位序號 #4.2.1.8

修改編碼欄位定義及新增編碼 10 之定義：(p.214)

編碼	定義
00	個案僅於申報醫院接受首次療程的放射治療。
09	個案僅於外院接受首次療程的放射治療。
10	個案於外院及申報醫院皆接受首次療程的放射治療。

#4.2.3.2 其他放射治療技術

修改編碼範圍：(p.239)

其他放射治療技術 Other RT Tecknique	欄位長度：2 編碼範圍：-9,-1,0-6,9-10,12,17-18,20,33-34,36,65-66,68,97-99 (視#4.2.3.1 而定) 癌登欄位序號 #4.2.3.2

#4.2.3.3.3 其他放射治療臨床標靶體積治療次數

編碼欄位表格中 00 改為 01：(p.248)

編碼	定義
01-96	實際接受的放射治療次數

#4.3.1 全身性治療開始日期

編碼指引第二點新增「局部免疫治療」之字眼：(p.250)

- 局部治療包含腰椎管注射(intrathecal)、肋膜腔/心包膜腔注射、腹腔內注射、膀胱灌注、局部免疫治療及TACE，全身性治療不包括前述局部療法，**局部藥物治療開始執行的日期不應編碼在「全身性治療開始日期」欄位中**。

#4.3.2 外院化學治療

編碼指引第六點，「轉移性肝癌」改為「肝轉移」：(p.252)

- 肝轉移個案若有接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，應視其治療情況編碼10-13。

編碼指引第八點，「臨床化學治療試驗」改為「臨床試驗化學治療」：(p.252)

- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「轉移性肝癌」改為「肝轉移」;「臨床化學治療試驗」改為「臨床試驗化學治療」;「雙盲化學治療試驗」改為「雙盲試驗化學治療」；編碼 21、31 新增(全身性或/及局部)之字眼：(p.252-253)

編碼	定義
09	個案同時接受全身性及局部性化學治療(不包含TACE)。
10	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。
11	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學(TACE)及全身性化學治療。
12	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)及其他局部性化學治療。
13	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
20	僅接受臨床試驗化學治療。

編碼	定義
21	同時接受化學治療(全身性或/及局部)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/及局部)及雙盲試驗化學治療。

#4.3.3 申報醫院化學治療

編碼指引第八點，「轉移性肝癌」改為「肝轉移」：(p.254)

- 肝轉移~~轉移性肝癌~~個案若有接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，應視其治療情況編碼10-13。

  例如：結腸癌個案(C18.9)在診斷時發現肝轉移，但因個案年邁不適合開刀，個案因肝轉移~~轉移性肝癌~~接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)，且針對大腸癌接受 5-FU，則此欄位應編碼 11。

編碼指引第九點，「臨床化學治療試驗」改為「臨床試驗化學治療」：(p.254)

- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「轉移性肝癌」改為「肝轉移」;「臨床化學治療試驗」改為「臨床試驗化學治療」;「雙盲化學治療試驗」改為「雙盲試驗化學治療」；編碼 21、31 新增(全身性或/及局部)之字眼：(p.255-256)

編碼	定義
09	個案同時接受全身性及局部性化學治療(不包含TACE)。
10	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)。
11	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學(TACE)及全身性化學治療。
12	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)及其他局部性化學治療。
13	肝轉移個案接受局部動脈栓塞化學治療(TACE)、其他局部性及全身性化學治療。
20	僅接受臨床試驗化學治療。
21	同時接受化學治療(全身性或/及局部)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/及局部)及雙盲試驗化學治療。

#4.3.5 外院荷爾蒙/類固醇治療

編碼指引第八點，「臨床荷爾蒙/類固醇治療，治療試驗」改為「臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，治療」：(p.260)

- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床荷爾蒙/類固醇治療試驗」改為「臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療」；「雙盲荷爾蒙/類固醇治療試驗」改為「雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療」：(p.261)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
30	僅接受雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
31	同時接受荷爾蒙/類固醇治療及雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。

#4.3.6 申報醫院荷爾蒙/類固醇治療

編碼指引第九點，「臨床荷爾蒙/類固醇治療試驗」改為「臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療」：(p.262)

- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床荷爾蒙/類固醇治療試驗」改為「臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療」：(p.263)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。

#4.3.8 外院免疫治療

編碼指引第三點，「臨床免疫治療試驗」改為「臨床試驗免疫治療」：(p.266)

- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床免疫治療試驗」改為「臨床試驗免疫治療」：(p.267)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗免疫治療。
21	同時接受荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗免疫治療。

#4.3.9 申報醫院免疫治療

編碼指引第四點，「臨床免疫治療試驗」改為「臨床試驗免疫治療」：(p.268)

- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床免疫治療試驗」改為「臨床試驗免疫治療」：(p.269)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗免疫治療。

#4.3.13 外院標靶治療

Target 修改為 Targeted：(p.276)

外院標靶治療	欄位長度：2
Targeted therapy at Other Facility	編碼範圍：00-01, 20-21, 30-31, 99
	癌登欄位序號 #4.3.13

編碼指引第三點，「臨床標靶治療試驗」改為「臨床試驗標靶治療」：(p.276)

- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床標靶治療試驗」改為「臨床試驗標靶治療」：(p.277)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗標靶治療。
21	同時接受標靶治療及臨床試驗標靶治療。

#4.3.14 申報醫院標靶治療

Target 修改為 Targeted：(p.276)

申報醫院標靶治療	欄位長度：2
Targeted therapy at This Facility	編碼範圍：00-01, 20-21, 30-31, 82-83, 85-88, 99
	癌登欄位序號 #4.3.14

編碼指引第三點，「臨床標靶治療試驗」改為「臨床試驗標靶治療」：(p.278)

- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

修改編碼欄位，「臨床標靶治療試驗」改為「臨床試驗標靶治療」：(p.279)

編碼	定義
20	僅接受臨床試驗標靶治療。
21	同時接受標靶治療及臨床試驗標靶治療。

#4.3.15 申報醫院標靶治療開始日期

Target 修改為 Targeted：(p.276)

申報醫院標靶治療開始日期
Date of Targeted therapy Started at This Facility

欄位長度：8

癌登欄位序號 #4.3.15

#4.5.1 其他治療

新增編碼指引第十點：(p.284)

- 實質腫瘤所接受的其他治療，若僅為支持照護，輔助治療或症狀減緩(non-cancer direct treatment)，而並非直接針對癌症組織給予"改變，控制，移除或破壞"的處置，則不可視為其他治療。

附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼認

2018/11/8

Oral Cavity

Codes 40-44「includ」改為「include」：(p.333)

Codes 40–44 include：
Total glossectomy
Radical glossectomy

Hematopoietic/Reticuloendothelial/ Immunoproliferative/Myeloproliferative Disease

刪除 and，並增加 except C77.0-C77.9：(p.353)
M-9727, 9732, 9741-9742, 9762-9809, 9832, 9840-9931, 9945-9946, 9950-9968,
~~and~~ 9975-9993(with any site, except C77.0-C77.9)

Prostate

特殊編碼準則中手術申報方式第一點新增「25」之字眼；第二點刪除「Laser」之字眼及術式編碼改為 24、26、27：(p.367)

手術申報方式：

1. TURP(術式編碼 21-23、25)請勿視為治癒性手術，若個案僅接受 TURP，則首次療程開始日期、首次手術日期及原發部位最確切手術日期應編碼 00000000，但必須於原發部位手術方式編碼術式。

2. 若個案同時有接受 TURP 與 Cryosurgery~~/Laser~~/Hyperthermia/HIFU 任一種治療 (術式編碼 24、26、27) 時，則首次手術日期及原發部位最確切手術日期應記錄接受 Cryosurgery~~/Laser~~/Hyperthermia/HIFU 治療的日期。

附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單

2018/12/31

台灣常見標靶治療藥物種類新增一項標靶藥物：(p.381)

Ribociclib (Kisqali)

附錄 D：分級/分化摘錄原則

2018/11/8

Geade 02

ICD-O T-/M-Code 表中 Skin of Eyelid Conjunctiva 新增 C44.1：(p.390)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C00.0-C00.2, C00.6 C01.9, C02.4, C05.1-C05.2, C09.0-C09.9, C10.0, C10.2-C10.3 C10.8-C10.9, C11.1, C12.9, C13.0-C13.9, C17.0-C17.2, C17.8-C17.9, C18.0, C18.2-C18.9 C19.9, C20.9, C22.0, C34.0-C34.9,	Oropharynx (p16-) Hypopharynx Cutaneous Carcinoma of Head and Neck Small Intestine Colon and Rectum Liver Lung (NET 除外) Pleura Skin of Eyelid Conjunctiva	11,15,18, 20,22,36, 37,64,65	1 2 3 4 9	G1: Well differentiated G2: Moderately differentiated G3: Poorly differentiated G4: Undifferentiated Anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

C38.4, C44.0,C44.1 C44.2-C44.4, C69.0				

2018/12/31

Grade 08

新增一條 Note 5 並新增「侵襲癌個案」之字眼：(p.397)

Note 5：侵襲癌個案若醫師採用 Nuclear Grade，應編碼如下

Nuclear Grade I、"Only stated as ‘Grade I’" 編碼 A

Nuclear Grade II、"Only stated as ‘Grade II’"編碼 B

Nuclear Grade III、"Only stated as ‘Grade III’"編碼 C

Nuclear Grade IV、"Only stated as 'Grade IV'"編碼 D

2018/11/8

Grade 13

Note 4 中術式 21-23 改為 21-27：(p.402)

Note 4:若個案僅接受 TURP(術式 21-27)，則分級/分化應一律編碼於臨床分級/分化欄位，病理分級/分化欄位應編碼為 9。

2018/11/8

Grade 98

ICD-O T-/M-Code 表中 Mucosal Melanoma of the Head and Neck 新增 C05.8；Melanoma of the Skin 刪除 C21.0：(p.414-415)

ICD-O T-/M-Code	**Schema Name**	**AJCC 8 Chapter**	**Code**	**Grade Definition**
C003-C005, C008-C009, C019, C020-C024, C028-C029, C030-C031, C039, C040-C041, C048-C049, C050-C052, C058, C059, C060-C062, C068-C069, C090-C091, C098-C099, C100-C104, C108-C109, C110-C113, C118-C119, C129, C130-C132, C138-C139, C140, C142, C148, C300-C313, C318-C319, C320-C323, C328-C329 **AND** 8720-8790	Mucosal Melanoma of the Head and Neck	06,08,09, 10,14,35, 46,47,56, 59,66,73, 74,77	A B C D 9	Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown
C000-C002, C006, ~~C210~~, C440-C449, C500, C510-C512, C518-C519, C600-C602, C608-C609, C632 **AND** 8720-8790	Melanoma of the Skin			

❖以下標示頁碼為 2018 v.2 版手冊頁碼，以供對照。

癌症登記收錄欄位名稱與資料格式表

2020/09/30

首次復發日期改為首次復發或癌症狀態追蹤日期；英文名稱也修改為 Date of First Recurrence or Cancer Status Follow-Up：(p.10)

5.1	首次復發或癌症狀態追蹤日期	Date of First Recurrence or Cancer Status Follow-Up	8	339	346	文字

第一部分 個案的選擇和編碼原則總論修正

2020/09/30

修訂申報個案條件第三點之滿 5 年改為滿 10 年，第 6 年起改為第 11 年起，並修改範例。並修訂第四點之表格內容：(p.15)

（三） 原則上每一癌症個案僅可申報一次，但有下列情況者應需再申報：

1. 曾經申報，但首次療程資料發生異動時，請進行資料異動。

(1)個案經診斷為癌症滿 10 年後(第 11 年起)，不再接受異動。

範例：2013 診斷年個案，2024 年起不再異動；2014 診斷年個案，2025 年起不再異動，2015 診斷年個案，2026 年起不須異動；以此類推。

(2)若有「身分證字號、癌症發生順序」此二欄位需異動者，請務必填寫異動表，且不受上述限制。

2. 另一個原發部位(即多發癌症 multiple primary cancer，此部份申報原則詳見後續說明)。

3. 經查證非癌症個案，則需填異動表，以取消申報此個案。

4. 申報第一次復發和存活狀態資料。

（四） ~~2020 年 2 月 6 日起~~2021 年第一季起所有申報之癌症個案，均全面採用 2018 年第三版台灣癌症登記摘錄手冊(以下簡稱 2018 v.3)申報，說明如下：

癌症診斷年	使用手冊版本
不分診斷年	2018 v.3

修訂申報個案條件第八點及第九點之定義，第九點表格刪除：(p.16)

（八） 自 2013 年起新診斷為結直腸腫瘤(C18.0-C20.9)之個案其組織型態為 high grade dysplasia 或 severe dysplasia 均須申報，組織型態應依據 WHO Classification of tumors of the colon and rectum 描述之組織型態逕行編碼。~~Dysplasia (intraepithelial neoplasia), high grade，編碼為 8148/2。~~

（九） 腸胃道 Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)之申報規則依據 2019 年出版 WHO Classification of Tumours 第 5 版 Digestive System Tumours，經諮詢台灣病理學會專家後，確認 Gastrointestinal stromal tumor (GIST)自民國 110 年第一季起，所有診斷年個案均視為惡性申報~~，如下：~~

~~依據 WHO prognostic group 結合 AJCC 第七版來判定**胃部(Gastric)與非胃部(Non-gastric)之** GIST 申報判定原則為 **Gastric GIST 之 WHO group 為 1、2、3a、4** 或 **Non-gastric GIST 之 WHO group 為 1 時，視為不須申報；其餘以 ICD-O-3 組織型態編碼 8936/3 申報。表格如下：~~

~~AJCC Stage~~	~~Tumor size~~	~~Mitotic rate (per 50 HPFs)~~	~~Revised NIH Risk Joensuu, 2008~~	~~Prognostic group~~	~~是否申報?~~
~~**Gastric GIST**~~					
~~Stage IA~~	~~≤2cm~~	~~Low (≤5)~~	~~Very low~~	~~1~~	~~否~~
~~Stage IA~~	~~>2 - ≤5cm~~	~~Low (≤5)~~	~~Low~~	~~2~~	~~否~~
~~Stage IB~~	~~>5 - ≤10cm~~	~~Low (≤5)~~	~~Intermediate~~	~~3a~~	~~否~~
~~Stage II~~	~~>10cm~~	~~Low (≤5)~~	~~High~~	~~3b~~	~~是~~
~~Stage II~~	~~≤2cm~~	~~High (>5)~~	~~Intermediate or High~~	~~4~~	~~否~~
~~Stage II~~	~~>2 - ≤5cm~~	~~High (>5)~~	~~Intermediate or High~~	~~5~~	~~是~~
~~Stage IIIA~~	~~>5 - ≤10cm~~	~~High (>5)~~	~~High~~	~~6a~~	~~是~~
~~Stage IIIB~~	~~>10cm~~	~~High (>5)~~	~~High~~	~~6b~~	~~是~~
~~**Non-gastric GIST**~~					
~~Stage I~~	~~≤2cm~~	~~Low (≤5)~~	~~Very low~~	~~1~~	~~否~~
~~Stage I~~	~~>2 - ≤5cm~~	~~Low (≤5)~~	~~Low~~	~~2~~	~~是~~
~~Stage II~~	~~>5 - ≤10cm~~	~~Low (≤5)~~	~~High~~	~~3a~~	~~是~~
~~Stage IIIA~~	~~>10cm~~	~~Low (≤5)~~	~~High~~	~~3b~~	~~是~~
~~Stage IIIA~~	~~≤2cm~~	~~High (>5)~~	~~Intermediate or High~~	~~4~~	~~是~~
~~Stage IIIB~~	~~>2 - ≤5cm~~	~~High (>5)~~	~~High~~	~~5~~	~~是~~
~~Stage IIIB~~	~~>5 - ≤10cm~~	~~High (>5)~~	~~High~~	~~6a~~	~~是~~
~~Stage IIIB~~	~~>10cm~~	~~High (>5)~~	~~High~~	~~6b~~	~~是~~

~~資料來源：Int J Clin Exp Pathol. 2010;3(5):461-471、WHO blue book 第四版第 74 頁與 AJCC 第七版第 177 頁~~

第二部份編碼指引：癌症確認

2020/09/30

#2.4 首次就診日期

刪除編碼欄位 99999999 之定義: (p.78)

編碼	定義
CCYYMMDD	個案因此癌症至申報醫院門診或住院之最早日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
~~99999999~~	~~個案首次到申報醫院就診日期不詳。~~

#2.5 最初診斷日期

刪除編碼欄位 99999999 之定義: (p.80)

編碼	定義
CCYYMMDD	最初診斷日期是指此癌症最早被醫師診斷的日期。前 4 碼是西元年，第 5、6 碼是月，而最後 2 碼是日。
~~99999999~~	~~最初診斷日期不詳。~~

#2.10.1 臨床分級/分化

編碼指引第 15 點新增「Grade 19」之字眼: (p.91)

- 血液腫瘤(M-code 9590-9993)之分級/分化，自 2018 診斷年起一律編碼為 8(不適用)；僅 Lymphoma Ocular Adnexa (C44.1, C69.0, C69.5, C69.6)且組織型態為 follicular lymphoma (M-code 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3)，需編碼分級/分化，請參考 Grade 19 及 AJCC 第八版第 71 章。

新增範例：(p.93)

編碼	案例
H	個案由影像診斷為 Renal pe1vis cancer ，並接受 ureteroscope biopsy，切片病理報告為 Papillary urothelial carcinoma, high grade；之後執行 nephroureterectomy，手術後的病理報告描述為 no residual tumor，臨床及病理分級/分化皆編碼為 H。

#2.10.2 病理分級/分化

編碼指引第 6 點刪除「(即同臨床分級/分化)」之字眼；第 15 點新增「Grade 19」之字眼: (p.94)

- 若原發部位已做excisional biopsy，後續接受腫瘤切除且結果為no residual tumor，則病理分級/分化可採用excisional biopsy中的描述~~(即同臨床分級/分化)~~。
- 血液腫瘤(M-code 9590-9993)之分級/分化，自 2018 診斷年起一律編碼為 8(不適用)；僅

Lymphoma Ocular Adnexa (C44.1, C69.0, C69.5, C69.6)且組織型態為 follicular lymphoma (M-code 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3)，需編碼分級/分化，請參考 Grade 19 及 AJCC 第八版第 71 章。

新增範例：(p.97)

編碼	案例
H	個案由影像診斷為 Renal pe1vis cancer ，並接受 ureteroscope biopsy，切片病理報告為 Papillary urothelial carcinoma, high grade；之後執行 nephroureterectomy，手術後的病理報告描述為 no residual tumor，臨床及病理分級/分化皆編碼為 H。

#2.13.1 神經侵襲

編碼欄位新增定義: (p.111)

編碼	定義
0	無神經侵襲。
1	有神經侵襲。
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有神經侵襲。 • 所有原發部位病理報告皆未描述神經侵襲情形。 • 原發部位有執行病理檢查，但病理報告描述無惡性細胞。

<u>2020/11/13</u>

編碼指引第十點及編碼欄位新增定義: (p.110-111)

- 原發部位未執行病理組織檢查或僅執行細胞學檢查、原發部位不詳(C80.9)、淋巴瘤、白血病、Plasma Cell Myeloma、GIST和NETs之個案與中樞神經系統之惡性腫瘤，應編碼為8 (不適用)。

編碼	定義
8	不適用： • GIST、NETs、High grade dysplasia (Severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳。 • 原發部位未執行病理檢查或僅執行細胞學檢查。

範例修改，編碼 9 改為 8: (p.111)

編碼	案例
8	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

#2.13.2 淋巴管或血管侵犯

編碼欄位新增定義: (p.113)

編碼	定義
0	無淋巴管或血管侵犯。
1	有淋巴管或血管侵犯。
7	• 病理報告描述為 NA 或無法評估。 • 病理樣本非常小，無法判斷。 • 病理報告提及樣本不足以判斷是否有淋巴管或血管侵犯。 • 所有原發部位病理報告皆未描述淋巴管或血管侵犯情形。 • 原發部位有執行病理檢查，但病理報告描述無惡性細胞。

2020/11/13

編碼指引第十點及編碼欄位新增定義: (p.112-113)

- 原發部位未執行病理組織檢查或僅執行細胞學檢查、原發部位不詳(C80.9)、淋巴瘤、白血病、Plasma Cell Myeloma、GIST和NETs之個案與中樞神經系統之惡性腫瘤，應編碼為8 (不適用)。

編碼	定義
8	不適用： • GIST、NETs、High grade dysplasia (Severe dysplasia)、原位癌。 • 淋巴瘤及白血病。 • Plasma cell myeloma。 • 中樞神經系統之惡性腫瘤。 • 原發部位不詳。 • 原發部位未執行病理檢查或僅執行細胞學檢查。

範例修改，編碼 9 改為 8: (p.113)

編碼	案例
8	卵巢癌個案經影像確診後，病人拒絕切片檢查，後續未再回診。

第二部份編碼指引：癌症最初診斷期別

#3.2 外院診斷性及分期性手術處置

修訂範例說明: (p.128)

編碼	案例
02	個案經胃鏡檢查執行胃切片時發現原發來自鄰近大腸，且最後證實為大腸癌直接侵犯(direct invasion)胃，但未針對大腸癌作進一步切片檢查。

#3.5 臨床 N

修訂編碼欄位，增加 0A，0B 之定義: (p.136)

編碼	定義
X	NX
0	N0
0A	N0a
0B	N0b//N0(i+)

#3.19 其他分期系統期別(臨床)

新增編碼指引第 7 點，並增加 FIGO 欄位內容: (p.154-155)

- FIGO 2018 年版新增 IIIC 期別為淋巴結侵犯且需依檢查證實方式記錄 r(imaging) 與 p(pathology)；r(imaging)應參考影像報告，p(pathology)可參考淋巴結切片或切除病理報告。依據r(imaging)或p(pathology)證實方式，參考編碼欄位之內容摘錄；若同時有影像與淋巴結切片/切除病理結果證實者，則優先編碼為 IIIC1P 或 IIIC2P。
- 依下列各分期系統之分期標準予以編碼。

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3B	Stage IIIB	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3C	Stage IIIC	8888	不適用
1A2	Stage IA2	2B	Stage IIB	3CR	Stage IIICr	9999	不詳
1B	Stage IB	2C	Stage IIC	3CP	Stage IIICp		
1B1	Stage IB1			3C1R	Stage IIIC1r		
1B2	Stage IB2			3C1P	Stage IIIC1p		
1B3	Stage IB3			3C2R	Stage IIIC2r		
1C	Stage IC			3C2P	Stage IIIC2p		

第二部份編碼指引：首次療程

2020/9/30

#4.1 首次療程開始日期

修訂及刪除範例內容: (p.164)

編碼	案例
20040214	若個案在民國 93 年 2 月 12 日因為懷疑有乳癌，於門診接受 incisional biopsy、core biopsy 或 fine needle biopsy。確診後在民國 93 年 2 月 14 日進行乳房 excisional biopsy 或 radical surgical procedure。則此欄位要以民國 93 年 2 月 14 日當作首次治療療程的日期來進行編碼。注意：~~若 biopsy 未記載是否為 excisional，但之後的切除手術病理報告中，並無殘存的癌細胞，則此 biopsy 可視為 excisional biopsy。~~ ~~另外，~~不要把 incisional、core 或 fine needle biopsy 的日期當成是首次療程的日期編碼。
~~20040212~~	~~個案因為懷疑有乳癌，在民國 93 年 2 月 12 日於門診接 biopsy。之後在民國 93 年 2 月 14 日進行 Modified radical mastectomy 發現無殘餘腫瘤。則此欄位要以民國 93 年 2 月 12 日當作首次療程開始的日期來進行編碼。注意：若 biopsy 未記載是否為 excisional，但之後的切除手術病理報告中，並無殘存的癌細胞，則此 biopsy 可視為 excisional biopsy。~~

#4.1.4.1 微創手術

新增編碼指引第 7 點編碼「21-27」之字眼及修訂編碼欄位內容: (p.174-175)

- 原發部位未手術或接受以下手術，應編碼為8：
  - 原發部位未接受手術。
  - 原發部位手術方式編碼10-19。
  - 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-27。
  - 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術)。

編碼	定義
8	不適用： • 原發部位未接受手術。 • 原發部位手術方式編碼10-19。 • 攝護腺癌個案原發部位手術方式編碼21-27。 • 個案於外院接受原發部位手術(不論是否有接受微創或機械臂手術) • 2017年(含)之前診斷之個案。 • 造血/網狀內皮/免疫增生/骨髓增生疾病。

#4.1.5.1 原發部位手術切緣距離

新增編碼指引第二點及第三點，原第二點改為第四點，原第三點改為第五點，以此類推: (p.179)

- 依病理報告記錄原發腫瘤切除後手術切緣與腫瘤的最近距離。
- 若病理報告中有描述多個手術切緣距離，只要有一處有描述切緣距離(包含結直腸癌的 CRM 或是乳癌的 deep margin)即可摘錄此欄位。
- 於手術過程中以醫療器械切除腫瘤後所檢測之手術切緣，病理報告有描述切緣距離時皆應視為手術切緣距離，例如：結直腸癌的 CRM 或是乳癌的 deep margin 等。

新增案例: (p.181-182)

編碼	定義
050	直腸癌個案接受 LAR 手術，病理報告描述如下：Rectum, low anterior resection --- Adenocarcinoma, moderately differentiated. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 7 cm. b) Distal Margin:Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 5cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 5 mm.
800	乙狀結腸癌個案接受 left hemicolectomy，病理報告描述如下：Sigmoid anterior resection --- Adenocarcinoma, well differentiated. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 8 cm. b) Distal Margin:Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 10cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma.
050	結腸癌個案接受 AR 手術，病理報告描述如下：Desending colon, left hemicolectomy --- Adenocarcinoma, well differentiated. The tumor invades to the mesocolic soft tissue with 3 mm to the serosa. Surgical Margins: a) Proximal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 8 cm. b) Distal Margin: Uninvolved by invasive carcinoma, distance of tumor from margin: 10cm. c) Radial or Mesenteric or Circumferential Margin: Uninvolved by invasive carcinoma , distance of tumor from margin: 5 mm.
010	乳癌個案接受全乳房切除手術，病理報告描述如下：Breast, left, simple mastectomy --- Invasive carcinoma of no special type, grade 2.

	1. Pectoral fascia or deep margin at the closest margin：uninvolved by DCIS and invasive carcinoma (distance from the closest margin: 0.1 cm). 2. Breast at the peripheral margin：uninvolved by DCIS and invasive carcinoma (1.0 cm from all peripheral margins).

#4.2.3.3.2 其他放射治療臨床標靶體積劑量

修改編碼指引第五點內容: (p.181-182)

- 若其他放射治療有兩種以上的劑量應摘錄最高劑量。

#4.3.2 外院化學治療

編碼指引第八點新增"注意"：(p.253)

- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗化學治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗化學治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

編碼欄位內容修訂如下：(p.254)

編碼	定義
21	同時接受化學治療(全身或/與局部性)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/與局部性)及雙盲試驗化學治療。

#4.3.3 申報醫院化學治療

編碼指引第九點新增"注意"：(p.255)

- 個案若有接受臨床試驗化學治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗化學治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗化學治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

編碼欄位內容修訂如下：(p.257)

編碼	定義
21	同時接受化學治療(全身或/與局部性)及臨床試驗化學治療。
30	僅接受雙盲試驗化學治療。
31	同時接受化學治療(全身性或/與局部性)及雙盲試驗化學治療。

#4.3.5 外院荷爾蒙/類固醇治療

編碼範圍擴增為 03：(p.261)

外院荷爾蒙/類固醇治療 Hormone/Steroid Therapy at Other Facility	欄位長度：2 編碼範圍：00-03, 20-21, 30-31, 99 癌登欄位序號 #4.3.5

編碼指引第八點新增"注意"：(p.261)

- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

編碼欄位 01 之定義修改為"全身性"；新增"02"、"03"兩個定義；21 及 31 新增"全身性或/與局部性"：(p.262)

編碼	定義
01	• 在首次療程中有接受全身性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
02	• 接受局部性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
03	• 接受全身性與局部性荷爾蒙/類固醇治療 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性與局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
30	僅接受雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
31	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。

#4.3.6 申報醫院荷爾蒙/類固醇治療

編碼範圍擴增為 03：(p.263)

申報醫院荷爾蒙/類固醇治療 Hormone/Steroid Therapy at This Facility	欄位長度：2 編碼範圍：00-03, 20-21, 30-31, 82-83, 85-88, 99 癌登欄位序號 #4.3.6 NAACCR Item # 710

編碼指引第九點新增"注意"：(p.263)

- 個案若有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療;若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。。

編碼欄位 01 之定義修改為"全身性"；新增"02"、"03"兩個定義；21 及 31 新增"全身性或/與局部性"：(p.264)

編碼	定義
01	• 在首次療程中有接受全身性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
02	• 接受局部性荷爾蒙/類固醇治療。 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
03	• 接受全身性與局部性荷爾蒙/類固醇治療 • 血液惡性腫瘤自確定診斷日起接受全身性與局部性類固醇治療，不論是否併用化學藥物。
20	僅接受臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
21	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及臨床試驗荷爾蒙/類固醇治療。
30	僅接受雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。
31	同時接受全身性或/與局部性荷爾蒙/類固醇治療及雙盲試驗荷爾蒙/類固醇治療。

<u>2020/11/13</u>

新增案例：(p.265)

編碼	理由
03	個案診斷為 Diffuse large B cell lymphoma with multiple lymph nodes and CNS involved。採用口服 prednisone 治療，同時接受 intrathecal dexamethasone injection.

#4.3.8 外院免疫治療

編碼指引第三點新增"注意"：(p.267)

- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

#4.3.9 申報醫院免疫治療

編碼指引第四點新增"注意"：(p.269)

- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

#4.3.13 外院標靶治療

編碼指引第三點新增"注意" ：(p.277)

- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗標靶治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗標靶治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

#4.3.14 申報醫院標靶治療

編碼指引第三點新增"注意" ：(p.279)

- 個案若有接受臨床試驗標靶治療，則視治療情況編碼20、21、30、31。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗標靶治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗標靶治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30或31。

#4.5.1 其他治療

範例欄位中的"案例"改為"編碼"(p.286)

編碼	定義
00	個案於2018年診斷為口腔癌第三期，後續接受Cisplatin合併免疫治療雙盲臨床試驗Nimotuzumab or Placebo。

第二部份編碼指引：結果

2020/9/30

#5.1 首次復發日期

修改中文及英文標題名稱為首次復發或癌症狀態追蹤日期(Date of First Recurrence or

Cancer Status Follow-Up) ：(p.291)

修改欄位敘述及新增第二點至第六點編碼指引：(p.291)

編碼指引：

- 登錄經過一段「**無癌病期間(disease-free period)**」之後，其主責醫師首次診斷該癌病惡化(progression)、轉移、復發之日期。
- 若個案經首次療程後**已disease-free且無復發**，則追蹤到最後能確認此狀態之日期。
- 個案若**從未disease-free**，則追蹤到最後能確認此狀態之日期。
- 個案一旦有復發，則優先摘錄首次復發日期。
- 本欄位應配合「首次復發型式」欄位一起收集資料，不可採用電話或信件訪問的日期。
- 此欄位以申報醫院的資料為主。若無申報醫院資料，可參考外院資料。
- 若個案曾在外院診斷為復發但日期不詳者，盡可能推算至年度、月份。

修改編碼欄位定義之內容及新增案例：(p.291)

編碼	定義
CCYYMMDD	• 記錄個案被首次診斷為復發的日期。 • 若個案首療後為disease-free且無復發，則記錄該狀態最後追蹤日期。 • 若個案從未disease-free，則記錄該狀態最後追蹤日期。
00000000	由屍體解剖而診斷為癌症。
99999999	• ~~不確定是否復發~~ 有復發，但復發日期不詳。 • ~~僅由死亡證明書得知個案有癌症。~~

編碼	理由
20160428	食道癌個案於 20150331 確診後接受治療，但首次申報日前尚未 disease free。後於病歷上查詢到個案最後於 20160428 至醫院就診，且癌症狀態仍未 disease free。
20190123	卵巢癌個案於 20150308 確診後進行治療。於 20200330 進行滿五年追蹤電訪，個案已死亡。經回溯至 20161001 於病歷上記載 disease free 且持續回診至 20190123，且未曾復發，但 20190123 之後個案就未再回診。
20150610	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經本院手術治療後，病理報告描述 margin free。術後接受 adjuvant chemotherapy，後續轉回離家較近的醫院就近治療，故自 20150610 後未再回診。
20151224	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經手術治療後，病理報告描述 margin not free。後續醫師評估需做化療，但化療未完成，個案自 20151224 就未再回診治療。因進行滿五年追蹤，電訪個案僅能從家屬口中得知病人之前已於外院治療，且已痊癒。

20200608	乳癌於 20150316 確診，經本院手術後之病理報告描述 margin not free。個案接受化學治療未完成，即於 20150601 轉至南部分院繼續治療，且未再回本院檢查。後續進行滿五年追蹤，因本院可查閱分院病歷，此個案後續於 20160331 經各項檢查已痊癒，至 20200608 未復發。

2020/11/13

修改編碼欄位 99999999 定義：(p.291)

編碼	定義
99999999	• 不確定癌症是否曾復發或曾disease-free過 (通常為個案分類3者)。 • 有復發，但復發日期不詳。

#5.2 首次復發型式

修改編碼範圍，刪除 99：(p.292)

首次復發型式 Type of First Recurrence	欄位長度：2 編碼範圍：00, 04,06, 10, 13-17, 20-22, 25-27, 30, 36, 40, 46, 51-60, 62, 70, 88, ~~99~~ 癌登欄位序號 #5.2 NAACCR Item #1880

修改編碼欄位指引第五點之內容：(p.292)

- 一旦登錄首次復發(編碼04-62或88)後，即使此復發經治療後已disease-free且後續仍出現其他部位的復發或轉移，皆**不須**再登錄。

新增編碼指引第六點至第八點，原第六點改為第九點，以此類推：(p.292)

- 編碼00-70是有層級順序(hierarchical)，應以數字最大的情況編碼。若個案首次療程後疾病持續存在(編碼70)，但五年追蹤申報已disease-free (編碼00)，此時首次復發型式應更新為00。
- 若個案首次療程後已disease-free (編碼00)，後續於五年追蹤申報前發現有復發，應更新編碼為適當的復發型式。
- 於五年追蹤申報時，個案若已失去追蹤或未回診，則依據病歷上最後記載該癌症狀態編碼為00或70。此時，個案該狀態之最後追蹤日期應編碼於「首次復發或癌症狀態追蹤日期」。

新增編碼指引第十四點和十六點：(p.292)

- 此欄位以申報醫院的資料為主。若無申報醫院資料，可參考外院資料。
- 若個案有超過一種原發腫瘤且主責醫師無法確定首次復發是那一腫瘤引起，則每種原發腫瘤都記錄為復發。若之後可確定發生復發之原發腫瘤，則須更新資料至合適之編碼。
- 於五年追蹤申報時，個案若已失去追蹤或一直未回診，且不確定五年後癌症是否disease-free或復發，則依據病歷上最後記載該癌症的狀態，應編碼為00或70。此時，個案該狀態之最

後追蹤日期應編碼於「首次復發或癌症狀態追蹤日期」。

新增案例：(p.292)

70	食道癌個案於 20150331 確診後接受治療，但首次申報日前尚未 disease free。
00	卵巢癌個案於 20150308 確診後進行治療。於 20200330 進行滿五年追蹤電訪，個案已死亡。經回溯至 20161001 於病歷上記載 disease free 且持續回診至 20190123，且未曾復發，但 20190123 之後個案就未再回診。
00	子宮體癌第二期個案於 20150409 確診，經本院手術治療後，病理報告描述 margin free。術後接受 adjuvant chemotherapy，後續轉回離家較近的醫院就近治療，故自 20150610 後未再回診。
00	乳癌於 20150316 確診，經本院手術後之病理報告描述 margin not free。個案接受化學治療未完成，即於 20150601 轉至南部分院繼續治療，且未再回本院檢查。後續進行滿五年追蹤，因本院可查閱分院病歷，此個案後續於 20160331 經各項檢查已痊癒，至 20200608 未復發。
70	子宮體癌第二期個案於 20150406 確診，經手術治療後，病理報告描述 margin not free。後續醫師評估需做化療，但化療未完成，個案自 20151224 就未再回診治療。因進行滿五年追蹤，電訪個案僅能從家屬口中得知病人之前已於外院治療，且已痊癒。

2020/11/13

修改編碼範圍，加回 99：(p.292)

首次復發型式 Type of First Recurrence	欄位長度：2 編碼範圍：00, 04,06, 10, 13-17, 20-22, 25-27, 30, 36, 40, 46, 51-60, 62, 70, 88, 99 癌登欄位序號 #5.2 NAACCR Item #1880

修改編碼欄位 99 之定義：(p.294)

編碼	定義
99	不確定癌症是否曾復發或曾 disease-free 過 (通常為個案分類 3 者)。

附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單

2020/9/30

新增一項標靶藥物為 Polatuzumab (保癌寧, Polivy)：(p.383)

2020/11/13

新增四項標靶藥物為 Glasdegib (Daurismo)、Ibrutinib (Imbruvica)、Tagrisso (Osimertinib)、Venetoclax (唯可來, Venclexta)：(p.383)

附錄 D：分級/分化摘錄原則

2020/9/30

Grade 06

修改組織型態：(p.397)

ICD-O **T-/M-Code**
M-Code： 8710-8714,8800,8801,8802,8803,8804,8805,8806,8810,8811-8818,8820-8881,8890,8891-8898, 8900,8901,8910,8912,8920,8921,8930,8931,8932,8934,8940-8981,8983-9138,9140-9852

Grade 15

修改 Note 2 第二小點：(p.406)

Note 2: Priority order for codes:

- Urothelial Cancers: use codes L, H and 9. If only G1-G3 are documented, code 9.
- 非 Urothelial Cancers ~~Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas~~: use codes 1-3, 9.

❖以下標示頁碼為 2018 v.3 版手冊頁碼，以供對照。

前言

2022/1/10

註 3 及註 5 修改醫師及癌登師之服務單位：(p.3-4)

裴松南 義大癌治醫院
邱麗芳 義大醫院

第一部分 個案的選擇和編碼原則總論修正

2022/1/10

修訂第四點之表格內容：(p.15)

（十） 2022 年第一季起所有申報之癌症個案，均全面採用 2018 年第四版台灣癌症登記摘錄手冊(以下簡稱 2018 v.4)申報，說明如下：

癌症診斷年	使用手冊版本
不分診斷年	2018 v.4

修訂第六點內容，microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.16)

（六） 卵巢 borderline tumor (Low malignant potential)**合併 intraepithelial carcinoma 或/及 microinvasive carcinoma** ，癌症登記申報原則如下：

病理報告描述	性態碼	是否申報
with intraepithelial carcinoma	2	是
with microinvasive carcinoma	3	是
with intraepithelial carcinoma and microinvasive carcinoma	3	是
無 intraepithelial carcinoma 亦無 microinvasive carcinoma	1	否

修改第七點錯字，intraepithelia 改為 intraepithelial：(p.16)

（七） 子宮頸癌個案僅執行 Cytology 檢查結果為 HSIL (Squamous intraepithelial neoplasia, high grade)，一律不需申報；但若經由 Histology 檢查則須視報告結果，依報告結果可分為以下四種情況來決定是否申報：

形態學：分級/分化 (Morphology: Grade/Differention)之表格內 X 中 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.28)

Code	Grade Description
X	• High grade dysplasia (severe dysplasia) • Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併microinvasive carcinoma 或/及intraepithelial carcinoma

第二部份編碼指引：癌症確認

2022/1/10

#2.3.2 治療狀態分類

第六點之最後一點，Experimental drugs for clinical trials 刪除，改為非肝癌個案接受 TAE 治療。：(p.75)

- 若個案接受其他治療，其「治療狀態分類」欄位應編碼為1，下列處置為「治療狀態分類」欄位所定義之**其他治療**：
  - **UV therapy (ultraviolet) for skin cancer or cutaneous lymphoma.**
  - **Trichloroacetic acid for anal intraepithelial neoplasia, grade III (AIN III) ONLY.**
  - **Antibiotics/anti-microbials/anti-viral agents, such as anti-helicobacter pylori for gastric MALT lymphoma ONLY.**
  - **Retinoid acid (ATRA) for acute promyelocytic leukemia (APL) ONLY.**
  - **Anagrelide HCl for Essential thrombocythemia ONLY.**
  - **Phlebotomy for polycythemia vera ONLY**
  - **Blood-thinners and/or anti-clotting agents for essential thrombocythemia (9962/3) ONLY.**
  - **非肝癌個案接受TAE治療。**

#2.6 原發部位

第一個範例，下咽改為口咽：(p.83)

編碼	案例
C108	口咽部(oropharynx)有 overlapping 的病灶。例如當有一個大腫瘤，侵犯範圍包括 lateral wall of oropharynx (C10.2)和 posterior wall of oropharynx(C10.3)，並且其確切起源不清楚時，第 4 碼應為 8。

#2.10.1 臨床分級/分化

第 17 點 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.91)

- 卵巢 borderline tumor (Low malignant potential)合併 microinvasive carcinoma 或/與 intraepithelial carcinoma，應編碼為 X。

編碼欄位 X 中 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.92)

For Ovary borderline tumor	
X	Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併 microinvasive carcinoma 或/及 intraepithelial carcinoma

#2.10.2 病理分級/分化

第 15 點 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.95)

- 卵巢 borderline tumor (Low malignant potential)合併 microinvasive carcinoma 或/與 intraepithelial carcinoma，應編碼為 X。

編碼欄位 X 中 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.96)

For Ovary borderline tumor	
X	Ovary borderline tumor (Low malignant potential) 合併 microinvasive carcinoma 或/及 intraepithelial carcinoma

範例 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.96)

編碼	案例
X	Ovary, right, oophorectomy：borderline seromucinous tumor with intraepithelial carcinoma and focal microinvasive carcinoma.（M-code：8474/3）
X	Ovary, right, oophorectomy：atypical proliferative serous borderline tumor with microinvasive carcinoma.（M-code：8442/3）

#2.13 腫瘤大小

編碼指引第 16 點因和前面敘述重複，故刪除；第 17 點句號改為逗號：(p.106)

- ~~此欄位僅記錄報告中的腫瘤最大直徑。所有的癌別均需記錄腫瘤大小，除下文所述。記錄原發腫瘤的實際大小，單位為毫米。~~
- 腫瘤大小不詳或病歷未記載，則腫瘤大小編碼為999。

#2.13.1 神經侵襲

編碼指引第 11 點新增最後一小點：(p.110)

- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
  - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有神經侵襲，應編碼為1。
  - 若治療前後的病理報告皆描述未有神經侵襲時，應編碼為0。
  - 若治療前的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後有病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若無病理報告且無任何資訊編碼9。
  - 若治療前無任何資訊，治療後病理報告描述未侵犯或無資訊編碼9。

#2.13.2 淋巴管或血管侵犯

編碼指引第 12 點新增最後一小點：(p.112)

- 若個案接受前導性治療，登錄原則如下：
  - 前導性治療執行前後任一原發部位病理報告記錄有神經侵襲，應編碼為1。
  - 若治療前後的病理報告皆描述未有神經侵襲時，應編碼為0。
  - 若治療前的病理報告描述為不確定是否有侵犯與未侵犯兩種記錄時，治療後**有**病理報告描述為未侵犯或無任何資訊請編碼7；治療後若**無**病理報告且無任何資訊編碼9。
  - 若治療前無任何資訊，治療後病理報告描述未侵犯或無資訊編碼9。

#3.16 AJCC 癌症分期版本與章節

新增編碼指引第 6 點，原第 6 點改為第 7 點，以此類推；並新增編碼欄位定義：(p.151-152)

- 2021 年 1 月 1 日起新診斷為子宮頸癌之個案，以 AJCC 第九版 (Cervix Uteri Version 9)作為分期依據。

編碼	標示
V9052	第九版子宮頸癌章節。(V9: version 9 並借用第八版 52 章節來編碼)

#3.21 其他分期系統期別(病理)

修改 FIGO 期別編碼欄位 8888 之定義：(p.158)

FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3A1	Stage IIIA1	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3A11	Stage IIIA1(i)	8888	不適用 • 原位癌 • 前導性治療後再行手術的個案

第二部份編碼指引：首次療程

#4.1.1 首次手術日期

編碼指引第一大點新增例外 4：(p.166)

例外 4：若膀胱癌個案執行 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 時，視為診斷性處置，其日期不可編碼於「首次手術日期」欄位。

#4.1.2 原發部位最確切的手術切除日期

編碼指引第一大點新增例外 2，原例外改為例外 1：(p.168)

例外1：若攝護腺癌個案僅接受TURP，「首次手術日期」及「原發部位最確切的手術切除日期」應編碼為00000000；但必須於「原發部位手術方式」摘錄術式。

例外 2：若膀胱癌個案執行 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 時，視為診斷性處置，其日期不可編碼於「原發部位最確切手術日期」欄位。

#4.1.5 原發部位手術邊緣

修改編碼指引第 4 點：(p.176)

- 當描述有侵襲癌殘存時，編碼優先順序應為：B>4>2>A>3>1>5。

修改編碼指引第 5 點：(p.176)

- 若病理報告僅描述手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為5。當報告同時併有原位癌或分化不良殘存(編碼C-E)時，應優先編碼為5

新增案例：(p.178)

編碼	案例
5	Surgical margin: Margin very close to invasive carcinoma, less than 1 mm (Specify close to margin: Posterior margin), and margins involved by high grade dysplasia (Specify margin: anterior and superior margin).

<u>2022/3/2</u>

編碼指引第 2 點內容因為誤植，故刪除：(p.176)

- ~~請優先編碼侵襲癌結果~~

#4.2.1.5 放射治療與手術順序

修改編碼指引第 2 點，區域淋巴結手術範圍編碼為 2-7 之處置改為 3-7 之處置：(p.178)

- 本欄位手術定義範圍：(1) 原發部位手術編碼為 20-90 之處置，(2)區域淋巴結手術範圍編碼為 3-7 之處置。

#4.2.1.6 區域治療與全身性治療順序

範例新增”治療”字眼：(p.214)

編碼	案例及原因
-7	膀胱癌個案當天同時做 TURBT 治療及 intravescial instillation of mitomycin-C 治療

#4.2.2.1 體外放射治療技術

刪除編碼指引第 12 點：(p.219)

- ~~手術中放射治療(IORT)請登錄在「手術與放射治療順序」項目中。~~

#4.2.3.2 其他放射治療技術

新增編碼指引第 6 點，原第 6 點改為第 7 點：(p.241)

- 手術中放射治療(IORT)請登錄在「手術與放射治療順序」項目中。

#4.3.3 申報醫院化學治療

範例新增"HAIC"字眼：(p.259)

編碼	案例及原因
05	肝癌個案接受IAIC (Intra-arterial injection chemotherapy)或HAIC合併TACE治療。

#4.3.4 申報醫院化學治療開始日期

範例刪除"局"字眼：(p.261)

編碼	案例
20080105	肝癌個案僅於民國 97 年 1 月 5 日接受~~局~~全身性化學治療。

#4.3.8 外院免疫治療

編碼範圍修改為 00-07,20-23,30-33,99：(p.269)

外院免疫治療	欄位長度：2
Immunotherapy at Other Facility	編碼範圍：00-07, 20-23, 30-33, 99
	癌登欄位序號 #4.3.8

編碼指引最後一點改為第 2 點；新增編碼指引第 3 點，原第 3 點改為第 4 點；原第 3 點編碼指引 20、21、30、31 修改為 20-23、30-33；原 30 或 31 改為 30-33：(p.269)

- 免疫治療為透過刺激或抑制免疫系統，來達到治療癌症的效果。可區分為：
  - 細胞介素與免疫調節劑，例如干擾素(interferon)、介白素(interleukin)、Thalidomide、Lenalidomide。
  - 免疫檢查點抑制劑 (Immune checkpoint inhibitor)，例如CTLA-4抑制劑、PD-1抑制劑、PD-L1抑制劑。
  - 免疫細胞治療，例如CAR-T細胞療法、NK細胞治療、Sipuleucel T細胞治療。

- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含免疫治療的計畫，則編碼為00。
- 個案有接受免疫細胞治療，則視治療情況編碼04-07。
- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20-23、30-33。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30-33。

編碼欄位新增 04-07、20、23、32、33 之定義(p.270)

編碼	定義
01	接受全身性免疫藥物治療。
02	接受局部性免疫藥物治療。
03	接受全身性與局部性免疫藥物治療。
04	僅接受免疫細胞治療。
05	同時接受免疫細胞治療與全身性免疫藥物治療。
06	同時接受免疫細胞治療與局部性免疫藥物治療。
07	同時接受免疫細胞治療、全身性與局部性免疫藥物治療。
20	僅接受臨床試驗免疫治療。
21	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
22	同時接受免疫細胞治療及臨床試驗免疫治療。
23	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
30	僅接受雙盲試驗免疫治療。
31	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
32	同時接受免疫細胞治療及雙盲試驗免疫治療。
33	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。

#4.3.9 申報醫院免疫治療

編碼範圍修改為 00-07,20-23,30-33,99：(p.271)

申報醫院免疫治療 Immunotherapy at This Facility	欄位長度：2 編碼範圍：00-07, 20-23, 30-33, 82-83, 85-88, 99 癌登欄位序號 #4.3.9 NAACCR Item #720

編碼指引最後一點改為第 2 點；新增編碼指引第 3 點，原第 3 點改為第 4 點；原第 3 點編碼指引 20、21、30、31 修改為 20-23、30-33；原 30 或 31 改為 30-33：(p.271)

- 免疫治療為透過刺激或抑制免疫系統，來達到治療癌症的效果。可區分為：
  - 細胞介素與免疫調節劑，例如干擾素(interferon)、介白素(interleukin)、Thalidomide、Lenalidomide。
  - 免疫檢查點抑制劑 (Immune checkpoint inhibitor)，例如CTLA-4抑制劑、PD-1抑制劑、PD-L1抑制劑。
  - 免疫細胞治療，例如CAR-T細胞療法、NK細胞治療、Sipuleucel T細胞治療。
- 醫師提供多種的治療計畫選擇，而個案選擇不含免疫治療的計畫，則編碼為00。
- 個案有接受免疫細胞治療，則視治療情況編碼04-07。
- 個案若有接受臨床試驗免疫治療，則視治療情況編碼20-23、30-33。

  注意：若個案於病歷上有描述參與臨床試驗，請確認個案是否進入試驗組；若有則視為有接受臨床試驗免疫治療；若僅為對照組則不視為有接受臨床試驗免疫治療。若無法得知為試驗組或對照組，則編碼30-33。

編碼欄位新增 04-07、20、23、32、33 之定義：(p.272)

編碼	定義
01	接受全身性免疫藥物治療。
02	接受局部性免疫藥物治療。
03	接受全身性與局部性免疫藥物治療。
04	僅接受免疫細胞治療。
05	同時接受免疫細胞治療與全身性免疫藥物治療。
06	同時接受免疫細胞治療與局部性免疫藥物治療。
07	同時接受免疫細胞治療、全身性與局部性免疫藥物治療。
20	僅接受臨床試驗免疫治療。
21	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
22	同時接受免疫細胞治療及臨床試驗免疫治療。

編碼	定義
23	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及臨床試驗免疫治療。
30	僅接受雙盲試驗免疫治療。
31	同時接受全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。
32	同時接受免疫細胞治療及雙盲試驗免疫治療。
33	同時接受免疫細胞治療與全身性或/與局部性免疫藥物治療及雙盲試驗免疫治療。

#4.4 申報醫院緩和照護

修改範例：(p.286)

範例：

編碼	理由
7	因原發部位腫瘤造成的胸水引起症狀，而以胸水抽取術來減輕症狀。~~抽取的胸水並未送細胞學檢查。~~

#4.5.1 其他治療

新增編碼指引第 1 點之第 8 小點：(p.286)

- 下列處置視為其他治療：
  - 非肝癌個案執行TAE治療。

第二部份編碼指引：結果

2022/1/10

#5.2 首次復發型式

編碼指引第 6 點拆成第 6 點和第 7 點，第 6 點新增例外：(p.295)

- 編碼00-70是有層級順序(hierarchical)，應以數字最大的情況編碼。

  例外:若局部或區域復發(編碼10-15、20-25或30)且合併多處遠端部位復發，應編碼為60。

- 若個案首次療程後疾病持續存在(編碼70)，但五年追蹤申報已disease-free (編碼00)，此時首次復發型式應更新為00。

編碼指引原第 8 點已和最後一點敘述重複，故刪除：(p.295)

- ~~於五年追蹤申報時，個案若已失去追蹤或未回診，則依據病歷上最後記載該癌症狀態編碼為00或70。此時，個案該狀態之最後追蹤日期應編碼於「首次復發或癌症狀態追蹤日期」。~~

編碼欄位新增”合併”字眼：(p.297)

編碼	定義
60	侵襲癌之復發為以下二組編碼中各一種復發型式之組合： • 單一或多處遠端部位復發 合併 • 局部或區域復發(編碼10-15、20-25或30)

附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼認

2022/1/10

Colon

新增 2 個 SEER Note，刪除術式 11、13、14、21、23、24、25：(p.344)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item *Surgical Procedure/Other Site* (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Do not code a colostomy, with no colon tissue removed, as surgery. If colostomy is the only procedure performed, assign surgery code 00.]

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS

~~11 Photodynamic therapy (PDT)~~

12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)

~~13 Cryosurgery~~

~~14 Laser~~

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS

27 Excisional biopsy

26 Polypectomy, NOS

28 Polypectomy-endoscopic

29 Polypectomy-surgical excision

2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)

2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–29 WITH

~~21 Photodynamic therapy (PDT)~~

22 Electrocautery

~~23 Cryosurgery~~

~~24 Laser ablation~~

[**SEER Note:** Code 22 above combines 20 Local tumor excision, 26 Polypectomy, NOS, 27 Excisional biopsy, 28 Polypectomy-endoscopic, or 29 Polypectomy-surgical excision WITH 22 Electrocautery.]

~~25 Laser excision~~

Rectosigmoid

新增 2 個 SEER Note，刪除術式 11、13、14、21、23、24、25：(p.346)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item *Surgical Procedure/Other Site* (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Do not code a colostomy, with no colon tissue removed, as surgery. If colostomy is the only procedure performed, assign surgery code 00.]

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS

~~11 Photodynamic therapy (PDT)~~

12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)

~~13 Cryosurgery~~

~~14 Laser~~

No specimen sent to pathology from surgical events 10–14

20 Local tumor excision, NOS

27 Excisional biopsy

26 Polypectomy, NOS

28 Polypectomy-endoscopic

29 Polypectomy-surgical excision

2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)

2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–29 WITH

~~21 Photodynamic therapy (PDT)~~

22 Electrocautery

~~23 Cryosurgery~~

~~24 Laser ablation~~

[**SEER Note:** Code 22 above combines 20 Local tumor excision, 26 Polypectomy, NOS, 27 Excisional biopsy, 28 Polypectomy-endoscopic, or 29 Polypectomy-surgical excision WITH 22 Electrocautery.]

~~25 Laser excision~~

Rectum

新增 1 個 SEER Note，刪除術式 11、13、14、21、23、24、25：(p.348)

Code removal/surgical ablation of single or multiple liver metastases under the data item Surgical Procedure/Other Site (癌登欄位序號 #4.1.8 or 4.1.9)

[**SEER Note**: Code circumferential resection margin (CRM) (癌登欄位序號 #8.4) when assigning surgery codes 27, 30-80. CRM is not applicable for other surgery codes for this site.]

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

10 Local tumor destruction, NOS

~~11 Photodynamic therapy (PDT)~~

12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)

~~13 Cryosurgery~~

~~14 Laser~~

No specimen sent to pathology from surgical events 10-14

20 Local tumor excision, NOS

27 Excisional biopsy

26 Polypectomy

2M Endoscopic mucosal resection / mucosectomy(EMR)

2E Endoscopic submucosa dissection (ESD)

Any combination of 20 or 26–27 WITH

~~21 Photodynamic therapy (PDT)~~

22 Electrocautery

~~23 Cryosurgery~~

~~24 Laser ablation~~

~~25 Laser excision~~

28 Curette and fulguration

Liver And Intrahepatic Bile Ducts

術式 17 新增內容：(p.351)

17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA) (Inculdes ues of microwave ablation (MWA)

2022/1/22

術式17新增內容：Inculdes ues of microwave ablation (MWA)中字眼ues改為use：(p.351)

17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA) (Inculdes use of microwave ablation (MWA)

Pancreas

新增術式 16：(p.353)

16 Percutaneous ethanol injection (PEI)

Bladder

新增特殊編碼準則：(p.375)

手術申報方式：

1. 若於病歷上描述為 TURBT for biopsy、for tissue proof 或 for diagnosis 等情形時，應視 TURBT 為診斷性處置，不應視為手術。

附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單

2022/1/10

新增三個標靶藥物：(p.385)

Lenvatinib (Lenvima,樂衛瑪)、Lorlatinib（LorviquaR，瘤利剋）、Rybrevant

2022/1/10

Grade 04

ICD-O T-/M-Code 原 C17.1-C17.2 改為 C17.0-C17.2：(p.396)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C16.0-C16.6, C16.8-C16.9, C17.0-C17.2, C18.0-C18.9, C19.9, C20.9, C24.1, C25.0-C25.4, C25.7-C25.9 **M-Code：** 8150-8153, 8155-8156, 8158,8240, 8249,8683	NET Stomach NET Duodenum NET Ampulla of Vater NET Jejunum and Ileum NET Appendix NET Colon and Rectum NET Pancreas	29,30,31, 32,33,34,	1 2 3 A B C D 9	G1: Mitotic count (per 10 HPF) less than 2 **AND** Ki-67 index (%) less than 3 G2: Mitotic count (per 10 HPF) equal 2-20 **OR** Ki-67 index (%) equal 3-20 G3: Mitotic count (per 10 HPF) greater than 20 **OR** Ki-67 index (%) greater than 20 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Grade 09

修改 Grade Definition：(p.402)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C54.0-C54.9, C55.9 **M-Code：** **Corpus Uteri: Carcinoma and Carcinosarcoma** 8000,8010,8013, 8020,8041,8070, 8140,8240,8255, 8263,8310,8323, 8380,8382,8441, 8460,8461,8480, 8560,8570,8950, 8980 **Corpus Uteri: Leiomyosarcoma and Endometrial Stromal Sarcoma** 8714,8800,8805, 8890,8891,8896, 8900,8910,8930, 8931,8935	Corpus Carcinoma and Carcinosarcoma, Corpus Sarcoma	53,54	1 2 3 L H 9	G1 FIGO Grade 1 G1: Well differentiated G2 FIGO Grade 2 G2: Moderately differentiated G3 FIGO Grade 3 G3: Poorly differentiated, Undifferentiated, anaplastic Low grade High grade Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 11

Note 1 第 4 點 microinvasion 改為 microinvasive carcinoma：(p.404)

Ovarian borderline tumors (Low malignant potential) with intraepithelial carcinoma or microinvasive carcinoma , codes X.

Grade 15

Note 3 TURBt 改為 TURBT：(p.408)

Note 3:若個案之組織型態為 Urothelial Cancers 或 Adenocarcinomas and Squamous Cell Carcinomas 且僅接受 TURBT，則分級/分化應一律編碼於臨床分級/分化欄位，病理分級/分化欄位應編碼為 9。

❖以下標示頁碼為 2018 v.4 版手冊頁碼，以供對照。

第一部分 個案的選擇和編碼原則總論

2022/12/19

修訂個案申報條件第四點之表格內容：(p.15)

（四） 2023 年第一季起所有申報之癌症個案，均全面採用 2018 年第五版台灣癌症登記摘錄手冊(以下簡稱 2018 v.5)申報，說明如下：

癌症診斷年	使用手冊版本
不分診斷年	2018 v.5

個案申報條件第九點因誤刪 2018 年 v.3 版本之內容，故 2018 年 v.5 版加回 v.3 版本之定義及表格：(p.16)

（九） 腸胃道 Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)之申報規則依據 2019 年出版 WHO Classification of Tumours 第 5 版 Digestive System Tumours，經諮詢台灣病理學會專家後，確認 GIST 個案自 109 診斷年起 (即 110 年第一季申報開始) 均視為惡性腫瘤申報。另 108 年(含)以前診斷的 GIST 個案，仍需依據原判定規則申報，如下表所示。

AJCC Stage	Tumor size	Mitotic rate (per 50 HPFs)	Revised NIH Risk Joensuu, 2008	Prognostic group	是否申報?
Gastric GIST					
Stage IA	≤2cm	Low (≤5)	Very low	1	否
Stage IA	>2 - ≤5cm	Low (≤5)	Low	2	否
Stage IB	>5 - ≤10cm	Low (≤5)	Intermediate	3a	否
Stage II	>10cm	Low (≤5)	High	3b	**是**
Stage II	≤2cm	High (>5)	Intermediate or High	4	否
Stage II	>2 - ≤5cm	High (>5)	Intermediate or High	5	**是**
Stage IIIA	>5 - ≤10cm	High (>5)	High	6a	**是**
Stage IIIB	>10cm	High (>5)	High	6b	**是**
Non-gastric GIST					
Stage I	≤2cm	Low (≤5)	Very low	1	否
Stage I	>2 - ≤5cm	Low (≤5)	Low	2	**是**
Stage II	>5 - ≤10cm	Low (≤5)	High	3a	**是**
Stage IIIA	>10cm	Low (≤5)	High	3b	**是**

Stage IIIA	≤2cm	High (>5)	Intermediate or High	4	是
Stage IIIB	>2 - ≤5cm	High (>5)	High	5	是
Stage IIIB	>5 - ≤10cm	High (>5)	High	6a	是
Stage IIIB	>10cm	High (>5)	High	6b	是

資料來源：Int J Clin Exp Pathol. 2010;3(5):461-471、WHO blue book 第四版第 74 頁與 AJCC 第七版第 177 頁

修訂個案申報條件第十一點之網址：(p.16)

（十一）申報個案條件依衛生福利部國民健康署委託之台灣癌症登記中心公告為準。
除附錄 E 內容外，可參考癌症登記中心網頁：https://twcr.tw/

修訂 AJCC 之 TNM 分期(AJCC TNM Staging)之內容：(p.30)

AJCC的TNM分期是在臨床、手術和病理學上評估其癌病嚴重程度之依據，同時可作為決定適當治療方式、判斷預後情形及測量最終結果。本手冊使用AJCC第八版的TNM分期標準，故下列通則適用於所有部位的AJCC分期：

- AJCC期別編碼操作型定義請參考癌症登記中心公告內容，癌登中心網站：
  ~~http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=A2~~ https://twcr.tw/

第二部份編碼指引：癌症確認

2022/12/19

#2.9 性態碼

刪除範例：(p.87)

範例：

編碼	案例
3	Intraductal carcinoma (8500/2) with focal areas of invasion.
1	Atypical meningioma (9539/1) invading bone of skull (the meninges, which line the skull, are capable of invading into the bone without being malignant; do not code as malignant unless it is specifically mentioned)
~~1~~	~~GIST (with no mention whether malignant or benign)~~
~~3~~	~~Malignant GIST~~
~~3~~	~~GIST with malignant metastasis in one lymph node~~

#2.13 腫瘤大小

修改欄位敘述： (p.102)

欄位敘述：

描述原發腫瘤之最大尺寸或直徑，單位通常為毫米(mm)。1 cm=10 mm，1 mm=0.1 cm。~~若腫瘤大於 1 mm，則 0.1-0.4 mm 捨去，0.5-0.9 mm 進位(採四捨五入至毫米)；若腫瘤小於 1 mm、或最大尺寸或直徑介於 0.1 到 0.9 mm，編碼為 001(勿捨去編碼為 000)。~~

~~例如：描述乳癌大小為 6.5 mm，編碼為 007。~~
~~描述 Polyp 為 15 mm，cancer in polyp 的大小為 2.3 mm，編碼為 002。~~
~~描述 Focus of cancer 大小為 0.5 mm，編碼為 001。~~
~~描述 Focus of cancer 大小為 1.4 mm，編碼為 001。~~
~~描述乳癌大小為 5.2 mm，下調至 5 mm 編碼為 005，將歸為 T1a，而不是 T1b。~~

原欄位敘述內容改為編碼指引第三大點第七小點：(p.103-104)

- 四捨五入法：適用於腫瘤大小僅為毫米(mm)，若腫瘤大於1 mm，則0.1-0.4 mm捨去，0.5-0.9 mm進位(採四捨五入至毫米)。若腫瘤小於或等於1 mm、最大尺寸或直徑介於0.1到0.9 mm，編碼為001(勿捨去編碼為000)。

  例如：描述乳癌大小為6.5 mm，編碼為007。
  描述Polyp為15 mm，cancer in polyp的大小為2.3 mm，編碼為002。
  描述Focus of cancer大小為0.5 mm，編碼為001。
  描述Focus of cancer大小為1.4 mm，編碼為001。

  例外：僅適用於**乳癌**，依據AJCC第八版第48章之規則，腫瘤大小為大於1mm並介於1.4 mm之間請勿採用四捨五入法，故腫瘤大小若為>1.0 mm-2.4 mm之間，應編碼為002。

第二部份編碼指引：癌症最初診斷期別

<u>2022/12/19</u>

#3.4 臨床 T

新增編碼 1B3(定義為 T1b3)： (p.132)

#3.7 臨床期別組合

新增編碼 1B3(定義為 Stage T1B3)： (p.138)

#3.10 病理 T

新增編碼 1B3(定義為 T1b3)： (p.141)

#3.13 臨床期別組合

新增編碼 1B3(定義為 Stage T1B3)： (p.147)

#3.19 其他分期系統期別(臨床)

新增編碼指引第八點，原第八點改為第九點： (p.152)

- 2022年1月1日(含)以後新診斷卵巢癌個案，若手術前先執行前導性治療，請摘錄臨床FIGO

期別；而術後病理FIGO期別則摘錄於其他分期系統期別(病理)。

FIGO 期別分為子宮頸癌 FIGO 並新增卵巢癌 FIGO： (p.153)

子宮頸癌FIGO

卵巢癌 FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
0	Stage 0	2	Stage II	3	Stage III	4	Stage IV
1	Stage I	2A	Stage IIA	3A	Stage IIIA	4A	Stage IVA
1A	Stage IA	2A1	Stage IIA1	3A1	Stage IIIA1	4B	Stage IVB
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3A11	Stage IIIA1(i)	8888	不適用 • 原位癌
1A2	Stage IA2	2B	Stage IIB	3A12	Stage IIIA1(ii)		
1B	Stage IB	2C	Stage IIC	3A2	Stage IIIA2		
1B1	Stage IB1			3B	Stage IIIB		
1B2	Stage IB2			3C	Stage IIIC		
1C	Stage IC			3C1	Stage IIIC1		
1C1	Stage IC1			3C2	Stage IIIC2		
1C2	Stage IC2						
1C3	Stage IC3						

#3.21 其他分期系統期別(病理)

編碼指引第二點新增注意 2： (p.156)

- FIGO分期應用在子宮體癌及卵巢癌屬於**病理分期**。

  注意1：因FIGO 2014年版已不含零期(原位癌)，故子宮體及卵巢原位癌個案，其它分期系統(病理)應編碼為8888。

  注意2：2022年1月1日(含)以後新診斷卵巢癌個案，若手術前先執行前導性治療，請摘錄臨床FIGO期別；而術後病理FIGO期別則摘錄於其他分期系統期別(病理)。

FIGO 欄位刪除”前導性治療後再行手術的個案”之字眼： (p.156)

FIGO

編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義	編碼	定義
1A1	Stage IA1	2A2	Stage IIA2	3A11	Stage IIIA1(i)	8888	不適用 • 原位癌 • ~~前導性治療後再行手術的個案~~

第二部份編碼指引：首次療程

2022/12/19

#4.1.5 原發部位手術邊緣

修改編碼範圍： (p.174)

原發部位手術邊緣 Surgical Margins of the Primary Site	欄位長度：1 編碼範圍：0-5, 7-9, A-F 癌登欄位序號 #4.1.5 NAACCR Item #1320

修改編碼指引第二，四點；新增編碼指引第五點，原第五點改為第六點，以此類推： (p.174)

- 編碼 1-4 與 A-B 為有侵襲癌殘存，C-E 為有原位癌或分化不良殘存；當手術紀錄及病理報告同時有侵襲癌與原位癌或分化不良殘存時，請優先編碼侵襲癌結果。若無侵襲癌殘存，則參考原位癌或分化不良殘存狀態，編碼優先順序為 C>D>E>F。
- 若病理報告僅描述侵襲癌腫瘤之手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為5。當報告同時併有原位癌或分化不良殘存(編碼C-F)時，應優先編碼為5
- 若個案有多顆腫瘤並判定為單一原發，請優先編碼侵襲癌手術邊緣狀態。若侵襲癌腫瘤手術邊緣**無殘存**，同時併有原位癌或分化不良腫瘤**殘存**時，應記錄原位癌或分化不良殘存狀態(C-E)；若併存之**原位癌/分化不良腫瘤**手術邊緣狀態為very close、may not be free或僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態，則編碼為F。

修改編碼欄位，並新增編碼 F 之定義： (p.175-176)

編碼	標示	定義
5	病理報告描述侵襲癌手術邊緣 very close 或 may not be free 或僅描述<1mm 且未明示狀態。	• 病理報告描述侵襲癌手術邊緣狀態為very close或may not be free。 • 侵襲癌病理報告僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態。
F	病理報告描述原位癌/分化不良手術邊緣 very close 或 may not be free 或僅描述<1mm 且未明示狀態。	• 病理報告描述原位癌/分化不良手術邊緣狀態為very close或may not be free。 • 原位癌/分化不良病理報告僅描述<1mm且未明示手術邊緣狀態。

新增範例： (p.176)

編碼	案例
D	Left mouth floor cancer, cT1N0M0 接受 Local tumor excision，手術切除之病理報告描述:

	• anterior margin, upper margin, lower margin, deep margin: negative for malignancy • upper margin with low grade squamous dysplasia
F	Breast, right, partial mastectomy: (多顆腫瘤摘錄為單一原發) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT2N0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved, 5 mm from margin.. • ductal carcinoma in situ, DCIS Margins: margin is close (< 1 mm)
C	Breast, left, nipple-sparing mastectomy: (單顆腫瘤同時含有侵襲癌和原位癌) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT1aN0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved. • DCIS is present in specimen (Extensive intraductal component, >25% of tumor). Margins: Involved, at medial margin.

#4.1.5.1 原發部位手術切緣距離

修改編碼指引第一，五點： (p.177)

- 本欄位摘錄單位為 0.1 毫米(mm)。
  - 例如：0.1 毫米編碼為 001；1 毫米編碼為 010；0.5cm 編碼為 050。
- 若個案之手術切緣無殘存且同時描述有侵襲癌及非侵襲癌(原位癌或分化不良)距離時，優先摘錄侵襲癌的距離。

新增編碼指引第七點，原第七點改為第八點，以此類推： (p.177)

- 若病理報告未明示手術邊緣狀態，僅描述為 very close、may not be free 且切緣距離為<1mm 時，應編碼為 010；但未描述切緣距離時，則編碼為 987。

編碼欄位新增定義： (p.178)

編碼	定義
990	當以下情形之手術切緣狀態皆無侵襲癌與非侵襲癌侵犯**且無描述切緣距離**： • 經再次切除後，病理標本無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。 • 前導性治療後經手術切除，病理標本為無殘餘腫瘤(no residual tumor)或僅殘存原位癌。 • 經再次切除後，病理標本無描述切緣距離。

新增範例： (p.178)

編碼	定義
990	2022/02/15：Right retromolar, tumor excision: squamous cell carcinoma. Surgical margin: free but <1mm to the invasive carcinoma. 2022/02/22：進行第二次手術切除，病理報告描述： Right retromolar, wide excision: No malignancy tumor. Mandible, right, marginal mandibulectomy: Negative for malignancy.
180	2022/01/29：Upper rectum, EMR: Adenocarcinoma. Tumor invasion: Submucosa (T1), 2 mm deep to mucosa muscularis.

	Surgical margin: The base resection margin: uninvolved, <1 mm in distance 2022/03/15：進行第二次手術切除: OP note: Endo cutter was applied over upper rectum, about 2~3 cm away from the tumor.Pathology: no residual tumor seen. Surgical margin: The nearest resection margin: free of malignancy, 1.8 cm to the dyed area. Circumferential resection margin: Uninvolved by invasive carcinoma, 10 cm in distance.
040	個案 2020/10 診斷為左側乳癌 cT2N1M0，2020/11-2021/4接受前導性化療，2021/5/7 進行手術，病理報告為Breast, left, partial mastectomy: History of invasive carcinoma, s/p chemotherapy, with no residual tumor, ypT0N0. A fibrotic tumor 30 x 20 x 10 mm is noted, Nearest resection margin: free (4 mm over lower deep margin).
990	Right mouth floor cancer 個案 2021/10/20 接受 Oral cavity, right mouth floor, wide excision，病理報告: squamous cell carcinoma with negative margin, pT4aN0, Nearest resection margin 2 mm of anterior and deep margins；當日再執行 deep margin excision，病理報告未描述 margin distance。
010	Breast, right, partial mastectomy: (多顆腫瘤摘錄為單一原發) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT2N0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved, 5 mm from margin. • ductal carcinoma in situ, DCIS Margins: margin is close (< 1 mm)
991	Breast, left, nipple-sparing mastectomy: (單顆腫瘤同時含有侵襲癌和原位癌) • invasive carcinoma, no special type (ductal), pT1aN0, Invasive Carcinoma Margins: Uninvolved. • DCIS is present in specimen (Extensive intraductal component, >25% of tumor). Margins: Involved, at medial margin.

#4.1.8 外院其他部位手術方式

修改並新增範例： (p.189)

編碼	案例
2	~~大腸癌個案，原發部份為靠近肝臟的大腸轉折處，接受外科切除手術時，一併切除附近肝臟的單個轉移癌。~~ 大腸癌個案，原發部位直接侵犯至肝臟，外科切除手術時一併切除肝臟轉移的癌症。
2	肝癌個案(C22.0)，且直接侵犯(direct invasion)橫膈膜(diaphragm)，接受肝腫瘤切除手術時一併切除橫膈膜腫瘤。

#4.2.1.2 放射治療儀器

修改編碼指引第三，四點： (p.199)

- 本欄位利用簡單可合併加總之代碼的編碼方法，來記錄各種不同的放射治療儀器或方式之組合。

  例如： IIb 期子宮頸癌個案接受體外放射治療(1)及近距放射治療(4)，應編碼為 5。

  例如： 臨床分期 T1N0M1 的非小細胞肺癌個案，合併使用鈷六十體外放射治療(1)照射原發腫瘤，及放射手術(2)治療單一腦轉移，應編碼為 3。

  ~~例外： 質子治療不適用於合併加總原則。~~

- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。

修改編碼欄位定義： (p.200)

編碼	標示	定義
1	External Beam Radiation Therapy 一般體外放射治療	• 包括鈷六十機(cobalt unit)、光子射線或電子射線之直線加速器(photon beam or electron beam from linear accelerator)及螺旋式斷層治療機(tomotherapy)。 • 治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次。
2	Radiosurgery 放射手術	• 使用加馬刀(Gamma Knife)、Linac-based放射手術、電腦刀(Cyberknife)、Zap-X放射手術。 • 立體定位放射手術(Stereotactic radiosurgery)：治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀

編碼	標示	定義
		(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次。

新增編碼指引第八點及參考表格： (p.200)

- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考下方表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

臨床情境 - 放射治療儀器代碼組合							編碼方式		
1	**2**	**4**	**8**	**16**	**32**	**64**	**4.2.1.2**	**4.2.2.1**	**4.2.3.1**
光子治療	放射手術	近距放射治療	同位素放射治療	質子治療	碳離子治療	BNCT	放射治療儀器	體外放射治療技術編碼組合範圍	其他放射治療儀器
1	0	0	0	0	0	0	1	1~15 +/- 32, 64	0
1	2	0	0	0	0	0	3	1~15 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	0	0	0	5	1~15 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	0	0	0	9	1~15 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	16	0	0	17	1~15 +/- 32, 64	16
1	0	0	0	0	32	0	33	1~15 +/- 32, 64	32
1	0	0	0	0	0	64	65	1~15 +/- 32, 64	64
1	2	0	0	16	0	0	19	17~24 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	16	0	0	21	17~24 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	16	0	0	25	17~24 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	16	0	64	81	17~24 +/- 32, 64	64
1	2	0	0	0	32	0	35	17~24 +/- 32, 64	2
1	0	4	0	0	32	0	37	17~24 +/- 32, 64	4
1	0	0	8	0	32	0	41	17~24 +/- 32, 64	8
1	0	0	0	0	32	64	97	17~24 +/- 32, 64	64
1	0	0	0	16	32	0	49	17~24 +/- 32, 64	32
0	0	0	0	16	0	0	16	1~15 +/- 32, 64	0
0	0	0	0	0	32	0	32	1~15 +/- 32, 64	0
0	2	0	0	16	0	0	18	1~15 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	16	0	0	20	1~15 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	16	0	0	24	1~15 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	16	0	64	80	1~15 +/- 32, 64	64
0	2	0	0	0	32	0	34	1~15 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	0	32	0	36	1~15 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	0	32	0	40	1~15 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	0	32	64	96	1~15 +/- 32, 64	64
0	0	0	0	16	32	0	48	1~15 +/- 32, 64	32
0	2	0	0	16	32	0	50	17~24 +/- 32, 64	2
0	0	4	0	16	32	0	52	17~24 +/- 32, 64	4
0	0	0	8	16	32	0	56	17~24 +/- 32, 64	8
0	0	0	0	16	32	64	112	17~24 +/- 32, 64	64

修改並新增範例： (p.201)

編碼	案例
~~1~~17	肺癌個案於 2015/10/27 至 2015/12/24 執行光子放射治療；於原發部位及區域淋巴結使用 3D Conformal RT 治療 2000cGy/10 次，並以 RapidArc with IG 追加治療原發腫瘤 1000cGy/5 次；另於 2015/11/19 至 2015/12/17 再接受質子治療，於原發部位及區域淋巴結使用 2-Ports Ridge Filter 治療 4000 cGy/20 次。
21	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **Proton** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **Photon** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **Brachytherapy**: Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx. 放射治療儀器編碼為 21 (1:光子治療+ 4:近距放射治療+ 16:質子治療)。

#4.2.1.5 放射治療與手術順序

編碼指引第七點新增"例如：甲狀腺癌……"： (p.206)

- 接受遠端部位**預防性放射治療**個案：(1)未合併原發部位或區域淋巴結手術應編碼-8，(2)有合併原發部位或區域淋巴結手術應編碼-7。

  例如：甲狀腺癌接受碘-131 治療，因原發部位、區域淋巴結、遠端部位皆會受到放射治療，則視為遠端部位有做預防性照射，應編碼為-7。

#4.2.2.1 體外放射治療技術

修改編碼指引第七，九點： (p.216)

- 如果在個別階段使用到以下幾個編碼：1(二維或簡單電腦斷層定位)；2(三維順形放射療法)；4(強度調控放射療法)；8(斷層放射療法)。每個治療只登錄最高的編碼，再將各階段的最高碼相加成為整個療程的最後加總編碼，如果各階段的放射治療有重複，在加總時只能使用一次。~~上述原則不適用於質子治療技術。~~
- 影像導引放射治療(編碼32)及呼吸監控技術(編碼64)只有在放射治療摘要有特別記載時，才可加以登錄。而且此二者不太可能在二維放射時使用，因此綜合編碼如果是33、65及97，應重複稽核其正確性。
- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。

新增編碼指引第十三，十四點： (p.216)

- 若放射治療包含三種治療方式：(1)光子治療、(2)質子或碳離子治療與(3)放射手術或近接放射治療時，其中放射手術或近接放射治療的資訊，應摘錄於4.2.3「其他放射治療」相關欄位中；而光子治療及質子或碳離子治療這兩種治療方式，則摘錄於4.2.2.1「體外放射治療技術」相關欄位中。當光子和質子或碳離子摘錄於「體外放射治療技術」時，**僅**需摘錄光子照射技術，依1、2、4、8、32、64加總編碼，再加上編碼16。
- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考 4.2.1.2「放射治療儀器」的臨床情境組合表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

新增編碼欄位定義： (p.218)

編碼	標示	定義
16	Mixed Photon and Charged Particle Therapy, or mixed Charged Particle Therapy (mixed proton and carbon ion therapy) 合併光子和帶電粒子治療或合併質子和碳離子治療	• 此編碼僅適用於放射治療包含三種治療：光子治療、質子或碳離子治療，與放射手術或近接放射治療。 • **此編碼不可單獨摘錄，必須加總體外放射技術編碼1、2、4、8、32、64。**

新增範例： (p.219)

編碼	案例及原因
56	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **Proton** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **Photon** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **Brachytherapy**: Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx. 體外放射治療技術編碼為 56 (8 Rapid Arc +16 Mixed photon and proton + 32 IGRT)。

#4.2.3.1 其他放射治療儀器

修改編碼指引第四點： (p.235)

- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。

新增編碼指引第十六點： (p.236)

- 首次療程若有使用到多重放射治療儀器，請參考 4.2.1.2「放射治療儀器」的臨床情境組合表格，摘錄相關放射治療數據至適當欄位。

修改編碼欄位定義： (p.236)

編碼	標示	定義
2	Radiosurgery 放射手術	• 使用加馬刀(Gamma Knife)、Linac-based放射手術、電腦刀(Cyberknife)、Zap-X放射手術。 • 立體定位放射手術(Stereotactic radiosurgery)：治療儀器描述為SBRT或SABR，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、IMRT、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子/碳離子)時，治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次。

新增範例： (p.237)

編碼	案例及原因
4	Endometrioid carcinoma, pT1bN0(i+)，術後接受放射治療： EBRT totally 5040 cGy/28 fx. **Proton** beam: T+N (whole pelvis and para-aortic lymphatic regions), 45 CGE/25 fx by particle passive scattering. **Photon** beam: T+N (boost the lower pelvis), 540 cGy/ 3 fx by rapid arc + IG. **Brachytherapy:** Intra-vagina, HDR, 200cGy x 3fx.

#4.2.3.2 其他放射治療技術

修改標題和編碼範圍： (p.239)

其他放射治療技術 Other RT Technique	欄位長度：2 編碼範圍：-9,-1,0-7,9-10,12,17-18,20,33-34,36,65-66,68,97-99 (視#4.2.3.1 而定) 癌登欄位序號 #4.2.3.2

修改編碼指引第二，四點： (p.239)

- 若治療儀器描述為SBRT(Stereotatic Body Radiotherapy)或SABR(Stereotatic Ablative Body Radiotherapy)，且治療技術使用諾力刀(Norvalis)、強度調控放射治療(IMRT)、體積弧形放射治療(Rapid Arc®)或粒子(質子或碳離子)時，依據治療次數(Fraction / Session)及劑量區分放射手術或體外放射治療：治療次數≦6且劑量≧800 cGy/次視為放射手術；治療次數>6次或劑量＜800 cGy/次，則登錄為體外放射線治療。

- 若首次療程僅接受粒子治療且同時有質子與碳離子，但無一般傳統光子或電子放射治療時，質子治療需摘錄於「放射治療儀器」及「體外放射治療技術」等相關欄位；而碳離子治療登錄需摘錄於「其他放射治療儀器」及「其他放射治療技術」等相關欄位，此時碳離子治療之「其他放射治療技術」應編碼為2 (Active scanning)或4 (IMPT)，再加總8 (Carbon)，應編碼為10或12。

修改編碼欄位 6 之定義，並新增編碼欄位 7： (p.240-241)

放射手術專用編碼

編碼	標示	定義
6	Stereotactic Particle Radiosurgery 立體定位粒子(質子/碳離子)治療	放射手術只用立體定位粒子(質子/碳離子)治療
7	Zap-X	Zap-X 放射手術

質子或其他帶電荷粒子治療專用編碼

編碼	標示	定義
8	Carbon	碳~~原~~離子治療
16	Helium	氦~~原~~離子治療

#4.3.6 申報醫院荷爾蒙/類固醇治療

修改範例，antiestrogen 改為 antiandrogenic： (p.265)

編碼	理由
01	攝護腺癌個案，醫師給予 flutamide (一種 antiandrogenic~~antiestrogen~~)的荷爾蒙治療。

附錄 B：特定部位編碼指引及手術編碼認

2022/12/19

Esophagus

新增術式 17：(p.339)

10 Local tumor destruction, NOS
- 11 Photodynamic therapy (PDT)
- 12 Electrocautery; fulguration (includes use of hot forceps for tumor destruction)
- 13 Cryosurgery
- 14 Laser
- 17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA)

Pancreas

新增術式 17：(p.351)

Codes

00 None; no surgery of primary site; autopsy ONLY

16 Percutaneous ethanol injection (PEI)

17 Heat-Radio-frequency ablation (RFA)

附錄 C：常見標靶及免疫藥物清單

2022/12/19

新增 11 種標靶藥物： (p.383)

Abemaciclib(Verzenio)， Dacomitinib (Vizimpro)， Herzuma ，Lazertinib， Midostaurin(Rydapt，療德妥) ，Mobocertinib (TAK788)，Mvasi，Ogivri，Retevmo (selpercatinib)，Trazimera，Vizimpro

附錄 D：分級/分化摘錄原則

2022/12/19

Grade 04

修改定義： (p.394)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C16.0-C16.6, C16.8-C16.9, C17.0-C17.2, C18.0-C18.9, C19.9, C20.9, C24.1, C25.0-C25.4, C25.7-C25.9 **M-Code：** 8150-8153, 8155-8156, 8158,8240, 8249,8683	NET Stomach NET Duodenum NET Ampulla of Vater NET Jejunum and Ileum NET Appendix NET Colon and Rectum NET Pancreas	29,30,31, 32,33,34,	1 2 3 A B C D 9	G1: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) less than 2 **AND** Ki-67 index (%) less than 3 Stated as WHO Grade 1 G2: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) equal 2-20 **OR** Ki-67 index (%) equal 3-20 Stated as WHO Grade 2 G3: Mitotic count (per 10 HPF or 2 mm^2) greater than 20 **OR** Ki-67 index (%) greater than 20 Stated as WHO Grade 3 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Grade 06

修改定義： (p.397)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
M-Code： 8710-8714,8800, 8801,8802,8803, 8804,8805,8806, 8810,8811-8818, 8820-8881,8890, 8891-8898,8900, 8901,8910,8912, 8920,8921,8930, 8931,8932,8934, 8940-8981, 8983-9138, 9140-9582	Soft Tissues Sarcoma Kaposi Sarcoma Orbital Sarcoma	40,41,42, 44,45,70	1 2 3 A B C D 9	G1: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score equals 2-3 Stated as FNCLCC Grade 1 G2: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score of 4-5 Stated as FNCLCC Grade 2 G3: Sum of differentiation score, mitotic count score and necrosis score of 6-8 Stated as FNCLCC Grade 3 Well differentiated Moderately differentiated Poorly differentiated Undifferentiated, anaplastic Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 08

修改定義： (p.399)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C50.0-C50.9	Breast	48	1	G1: Low combined histologic grade (favorable), SBR score of 3–5 points Stated as Nottingham/Scarff loom-Richardson Grade 1
			2	G2: Intermediate combined histologic grade (moderately favorable); SBR score of 6–7 points Stated as Nottingham/Scarff Bloom-Richardson Grade 2
			3	G3: High combined histologic grade (unfavorable); SBR score of 8–9 points Stated as Nottingham/Scarff Bloom-Richardson Grade 3
			L	Nuclear Grade I (Low) (in situ only)
			M	Nuclear Grade II (Intermediate)(in situ only)
			H	Nuclear Grade III (High) (in situ only)
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed (GX); Unknown

Grade 14

修改定義： (p.405)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
C64.9	Kidney	60	1	G1: Nucleoli absent or inconspicuous and basophilic at 400x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 1
			2	G2: Nucleoli conspicuous and eosinophilic at 400x magnification, visible but not prominent at 100x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 2
			3	G3: Nucleoli conspicuous and eosinophilic at 100x magnification Stated as WHO/ISUP Grade 3
			4	G4: Marked nuclear pleomorphism and/or multinucleate giant cells and/or rhabdoid and/or sarcomatoid differentiation Stated as WHO/ISUP Grade 4
			A	Well differentiated
			B	Moderately differentiated
			C	Poorly differentiated
			D	Undifferentiated, anaplastic
			9	Grade cannot be assessed(GX); Unknown

Grade 19

修改定義： (p.410)

ICD-O T-/M-Code	Schema Name	AJCC 8 Chapter	Code	Grade Definition
T-Code： C44.1, C69.0, C69.5-C69.6 **M-Code：** 9690/3, 9691/3, 9695/3, 9698/3	Lymphoma Ocular Adnexa	71	1 2 3 4 5 L 9	G1: 0–5 centroblasts per 10 HPF G2: 6-15 centroblasts per 10 HPF G3: >15 centroblasts per HPF G3A: >15 centroblasts per HPF and centrocytes present G3B: >15 centroblasts per HPF and solid sheets of centroblasts Low grade: Grade 1-2 Grade cannot be assessed (GX); Unknown; Not a follicular histology