

## 1. 일반 지침(General guidelines)

Note: 본 일반 지침은 원발부위에 근거한 스키마들을 설명한다. 일부 스키마들(흑색종과 림프종 같은 종양)은 조직학적 형태 또는 해부학적 상세부위와 조직학의 조합에 근거한다. 컴퓨터 응용프로그램이 스키마를 선택하는 방법에 대한 추가 해석을 위해서 스키마 식별자에 대한 이전 논의를 언급한다. 이 일반 지침에서 스키마들은 간결함을 위해 부위특이적 종양에 대해서만 언급된다.

### 1. Collaborative Stage 데이터는 현미경적 확진에 상관없이 모든 경우에서 수집된다.

확진 형태에 대한 설명은 별도 항목에서 수집된다. 확진 필드는 분석 중 필요에 따라 비현미경적으로 확인된 케이스들을 제외시킬 수 있다. 왜냐하면, AJCC Cancer Staging Manual은 "모든 케이스들은 TNM(임상적인 분류를 포함)에 따른 분류를 위해 현미경적으로 확진되어야 한다. 종양에 대한 어떠한 조직검사나 세포학적 검사를 하지 않는 드문 케이스들이 분류될 수는 있으나, 생존율은 따로 분석 되어야 한다. 이러한 케이스들은 전체 질병 생존 분석에 포함되어서는 안 된다."라고 명시한다. CS 컴퓨터 알고리즘이 이러한 구분을 하지는 못한다.

### 2. Collaborative Stage 데이터는 모든 부위/조직학적 진단에서 수집된다.

요약병기(Summary Stage)는 모든 부위와 조직학적 진단에 대해 생성된다. TNM과 병기 그룹은 TNM 기준에 충족하는 경우에 대해서만 생성된다. 예를 들어, 뇌에는 TNM 병기 분류가 없다.

- a. Collaborative Stage 데이터 수집 체계는 대부분 부위특이적인 153개의 스키마로 구성되어 있다. 신체부위의 여러 암들은 해당 암종별 조직학적 진단에 따라 코딩한다. 예를 들면, 모든 림프종(눈 부속기 림프종 제외)은 발생한 기관에 상관없이 림프종 스키마에 따라 코딩한다.
- b. 컴퓨터 프로그램은 AJCC Cancer Staging Manual 6판과 7판 및 요약병기를 보여준다. 비록 망막아세포종(retinoblastoma)과 같은 소아암 케이스에 적용 가능한 일부 스키마가 TNM과 CS에 모두 포함된다 하더라도 이 모든 병기분류 체계들은 주로 성인 암을 대상으로 한다. CS 입력 값들이 환자 연령에 상관없이 수집되지만, 컴퓨터로 도출된 TNM 결과 값들이 소아암 케이스에 대해서는 유효하지 않을 수도 있다.

### 3. 별도의 언급이 없다면 모든 스키마는 모든 조직학적 진단에 적용된다.

요약병기(Summary Stage)는 모든 조직학적 진단에 대해 생성된다. 컴퓨터 프로그램은 최종적인 TNM 병기그룹을 결정하기 위해 TNM 병기분류에서 제외되는 일부 조직학적 진단들을 고려한다. 예를 들면, 전립선에 대한 TNM 스키마는 모든 암종에 적용된다. 그러나 포함된 리스트에 없는 조직학적 진단에 대해서는 컴퓨터 프로그램이 병기를 계산하지 않는다. AJCC T, N, M 및 병기그룹이 부위-조직학 조합을 생성하지 않는다는 의미인 "적용할 수 없음(Not Applicable)"으로 값이 표현된다.

#### 4. 데이터 수집 시기선택.

CS는 조합된 임상적-병리적 병기 또는 이 둘이 혼합된 병기를 수집한다. Collaborative Stage 데이터 수집체계에서 수집되는 데이터는 아래와 같은 정보에 한정된다.

- 첫 치료로 수술이 완료되는 시점에 수집된 정보
- 질병 진행이 없을 때 진단일로부터 4개월 이내에 이용 가능한 모든 정보
- 기간이 더 긴 쪽에 해당하는 정보

결과적으로, CSv2 자료 수집 규칙은 TNM 7과 차이가 있다.

#### 5. 부위-특이적 및 조직-특이적 지침들은 일반 지침보다 우선적으로 적용한다.

해당 부위와 조직학적 스키마에 대한 설명을 항상 숙지해야 한다.

#### 6. 가능한 명확하게 적용 할 수 있는 코드 중 가장 높은 코드를 부여한다.

[예외] 'Unknown', 'Not applicable' 및 'Localized, NOS'나 'Stated as T1, NOS' 같은 NOS 범주에 대한 코드보다는, 숫자가 낮은 코드라도 더 명확한 코드를 우선시한다.

- a. 일반적으로 코드가 높아질수록 중앙 침범정도가 더 많은 것을 의미하며, 단계적으로 나열된다. 단계적 분류는 다른 병기분류 체계와 다르며, Collaborative Stage는 일반적으로 TNM 체계의 단계를 따른다.

[예] 점막하층(submucosa)에 국한된 대장암(T1) 환자

가능한 코드 : 160(Invades submucosa), 170(T1, NOS), 300(Localized, NOS) 모두 T1로 매핑(mapping)됨

→ 침범 깊이에 대한 가장 상세한 정보를 제공하는 것은 코드 160.

- b. 코드를 결정하기 위해 변환된 값을 검토할 필요가 있다.

- c. 조합코드는 모든 병기분류체계에 대한 적절한 매핑(mapping) 결과가 없는 각각의 두 코드 중 높은 코드를 사용하여 부여된다.

[예] code 250 + code 300 = code 350

더 높은 코드의 사용이 모든 병기분류체계에 정확하게 변환될 경우에는 조합코드를 무시한다.

#### 7. Collaborative Stage는 임상적-병리적으로 결합된 코딩 체계이다.

CS는 CS Tumor Size, CS Extension, CS Lymph Nodes, 및 CS Mets at DX 필드는 임상적 및 병리학적 평가를 조합한 최대의 병기를 기록한다.

a. 일반적으로, 병리학적 정보는 임상적 정보보다 우선한다.

[예] 폐암 환자

Imaging : involvement of visceral pleura (+)

Resection : no involvement of the visceral pleura, reactive change.

→ 병리학적 Extension 코드와 Eval 코드를 준다 (confined to lung).

b. 악성 조직 전부가 제거되지 않았다면, 수술시 육안적 관찰은 특히 중요하다. 절제된 조직의 병리보고서와 수술기록지가 다를 때는 병리보고서를 우선으로 한다.

c. 유방암의 피부 침범 및 원발부위의 크기와 원격림프절 같은 임상 정보는 병기를 바꿀 수 있다. 정확한 CS 데이터 수집을 위해 임상 정보가 신중히 검토되어야 한다.

d. CS 규칙에 따라 코딩되는 케이스들에 존재하는 모든 정보가 수집된다. 이것은 질병의 정도에 관한 정보가 다른 병기분류 시스템에서의 데이터 수집의 한계에 상관없이, 임상적이거나 병리학적일 수 있다는 것을 의미한다.

[예] FIGO와 TNM 시스템에서, 자궁경부암의 병기는 거의 대부분 임상적이다. CS에서, 수술 전 치료가 없을 경우 수술 처치로부터의 정보가 코딩되어야 하고, Eval 필드는 정보가 얻어진 방법을 정확히 반영해야 한다.

e. 수술 전 치료를 받지 않고 수술/병리학적 정보에 의해 임상 정보가 틀렸음이 증명되면, 수술/병리학적 정보로 코딩한다.

f. 환자가 수술 전 치료를 받았으면, 치료가 시작되기 전 질병의 가장 큰 침범 범위를 기록한다. 수술 전 전보조적치료에는 전신요법(화학요법, 호르몬요법, 면역요법)과 방사선요법이 있다. 이는 수술 전에 종양크기를 줄여 절제가능성을 높이거나 증상을 관리할 목적으로 시행한다. 전보조적치료에도 불구하고 수술 후 좀 더 침범된 아주 드문 상황에서는 진단 시의 국소림프절이나 전이, 침범의 평가 필드에 대한 방법으로 코딩될 수 있다.

g. **Reg LN Pos** 와 **Reg LN Exam** 필드는 오직 병리학적(현미경적) 정보에만 근거한다.

## 8. Eval 필드.

CS Tumor Size/Ext Eval, CS Reg Nodes Eval 및 CS Mets Eval(총체적으로 Eval 필드라 함)은 수술 전 치료 시행 여부뿐 아니라 종양의 침범정도를 확인한 방법을 기록한다. Eval 필드는 TNM 체계 규칙에 따라 c(임상적), p(병리적), y(중간 치료) 또는 a(부검)에 따른 기준으로 질병 범위를 덧붙인다. Eval 필드를 코딩할 때, CS 컴퓨터 알고리즘의 정확한 병기 도출을 위해 TNM 체계를 반드시 이해할 필요가 있다.

- a. 상응하는 데이터 필드와 관련된 진단적 처치를 설명하는 Eval 코드를 부여해야 한다. Eval 코드는 숫자적으로 가장 높은 코드가 아닐 수도 있다.

[예] 유방 X-선 검사(Mammogram)와 중심핵생검(core needle biopsy)로 암 진단을 받고 수술한 환자.

유방종괴절제술(lumpectomy) 결과 암의 최대직경은 2.3cm이고 절제면 가장자리 내에 있었다.

→ CS Tumor Size/Ext Eval code : 3 (이유 : 유방종괴절제술(lumpectomy)이 병리학적 병기분류에 대한 TNM 기준에 만족함)

- b. Eval 코드는 Tumor Size, Extension, Regional Lymph Nodes 또는 CS Mets at Dx 필드에 대해 반드시 가장 높은 번호로 코딩하는 것은 아니며, 가장 높은 TNM 범주에 부합해야 한다.

[예] 경구개(hard palate) 병변을 가진 환자

비강(nasal cavity) 조직검사 결과 : positive (Extension code 745, T4a)

CT 결과 : Involvement of skull base (Extension code 790, T4b)

→ CS Tumor Size/Ext Eval code : 0 (임상적)

(이유 : 영상검사(CT)가 더 높은 T 값을 나타냄)

- c. TNM 시스템 규칙에 의하면, T, N, M 범주의 가장 높은 코드가 조직검사에서 나온다면 병리학적 기준에 만족한다. AJCC에 따르면, T, N 범주가 조직의 절제 없이 현미경적으로 확진이 되었다면, 절제를 하지 않은 pT 또는 pN으로 분류한다. 조직검사나 세포검사가 양성으로 나와 병리학적 기준에 충분하면 적절한 병리학적 Eval 코드를 사용한다.

- d. Eval 필드에서 특수 코드 5와 6은 환자가 종양크기, 침범정도, 림프절 침습, 원격전이에 영향을 미칠 수 있는 수술 전 치료를 받은 경우를 나타낸다. 환자가 수술 전 치료시행 후 절제술을 받은 경우 이러한 코드를 사용한다.

- e. 각각의 Eval 필드에 대한 더 많은 정보는 개별 데이터 필드에 대한 코딩 규칙을 참조한다.

## 9. 부위특이적 요소(SSFs)

SSF는 필요한 모든 스키마에 포함된다. TNM, AJCC 또는 요약병기 병기그룹 도출을 위한 추가 정보가 필요할 때나 임상적, 예후적으로 중요하게 고려 될 때 병기결정 알고리즘에 포함된다. 부위/조직학에서 사용되지 않는 SSF는 '적용할 수 없음(Not Applicable)'으로 코딩한다.

[예] 유방의 positive 액와림프절의 수 : N 범주 결정에 필요한 SSF

유방암의 종양표지자(Estrogen receptor assay, progesterone receptor assay, HER-2 status) : 호르몬 치료나 Herceptin 약물치료에 대한 반응을 예측하는 SSF

## 10. 전이(Metastasis)

진단 시 가장 먼 진행정도를 결정할 때, 첫 진단 이후 발생한 전이(질병 진행)는 제외한다.

## 11. 부검 보고서

부검보고서는 병리보고서와 같은 방법으로 Collaborative Stage Data Collection System을 코딩할 때 사용하며, 시의성 규칙에 따른 포함과 제외에 대해 같은 규칙을 적용한다.

## 12. T, N, M 에 대한 기술만 되어있는 경우.

질병의 진행정도는 임상이에 의해서 T(tumor), N(node), M(metastasis) 용어로만 기술된다. CS에서는 의무기록에 추가 정보가 없을 때, T, N, M 정보만으로 코딩할 수 있도록 많은 코드들이 추가되었다.

[예] "Stated as T1, NOS", "Stated as T1a, NOS", "Stated as N2b, NOS"

a. 더 세부적으로 코드정보가 없을 경우, TNM 정보에 맞는 적절한 코드를 부여한다.

[예] 의사기록에 추가정보 없이 T3이라고 기술 → "Stated as T3, NOS" 코드를 사용한다.

의무기록에 기재된 내용과 의사가 부여한 TNM 정보가 다르다면, 의무기록에 기재된 내용을 우선으로 한다. 이런 경우에는 반드시 TNM을 부여한 의사와 논의하여야 한다.

b. 의무기록에 TNM의 상세 하위범주를 부여하기 위한 정보가 없는 경우

[예] T1a 또는 T1b 코드에 대한 충분한 정보가 없다면, "Stated as T1, NOS" 코드를 사용한다.

**15. 일반적으로 림프종(lymphoma)과 조혈계 질환(hematopoietic disease)은 제외한다.**

림프종(lymphoma)과 전신 조혈계 질환(systemic hematopoietic disease)은 고형암(solid tumors)의 병기분류 규칙과 다르다. 해당 스키마의 규칙을 따른다.

## 부위/조직학-특이적 코드 스키마의 구조 및 형식

본 지침서의 스키마는 ICD-O-3 원발부위 코드 순서에 따라 나열된다.

스키마 자체에서, 다양한 기관, 림프절, 기타 조직에 관한 코드 구조는 TNM 범주들에서 오름차순 값으로 정리되어 있다. (예 : T1 → T2 → T3 순서)

TNM 범주는 CS Extension, CS Lymph Nodes 그리고 CS Mets at DX 필드에 대한 근거가 된다. TNM 체계에서 T로 분류되는 조직들은 CS Extension, M으로 분류되는 조직들은 CS Mets at DX 필드에 나열되어 있다.

그러나 Summary Staging(2000) 알고리즘에서는, regional direct extension 또는 distant stage에 매핑(mapping) 되는 것이 CS Extension 필드에서 코딩될 수 있고, regional 또는 심지어 localized에 매핑(mapping) 되는 것이 CS Mets at DX 필드에서 코딩될 수도 있다.

## CS 데이터 수집체계, TNM 및 요약병기(Summary Stage)에서의 “NONE” vs. “UNKNOWN”의 코딩

### 접근이 어려운 림프절에 대한 규칙(Inaccessible Lymph Nodes Rules)

어떤 원발부위에 대한 국소림프절은 촉진, 관찰, 신체조사 또는 기타 임상검사에 의한 검사가 쉽지 않다. 대부분의 체강(body cavities)내 림프절들은 촉진할 수 없다. 이들을 “접근이 어려운” 림프절이라 한다.

**[예] 방광, 대장, 자궁체부, 식도, 신장, 간, 폐, 난소, 전립선, 위 등의 원발부위에 대한 국소림프절 (모든 해당 장기를 포함한 것은 아님)**

아래 세 가지 조건을 충족한다면, 국소림프절을 99(unknown)보다 임상적 평가에 근거한 00(negative)으로 코딩한다.

- 신체조사, 치료 전 진단검사 또는 외과적 관찰에서 국소림프절의 침습에 대한 언급이 없을 때
- 임상적으로 낮은 병기(T1, T2 또는 localized) 일 때
- 원발부위에 각 병기별 받는 통상적인 치료를 받았을 때 (의사에 의해 결정된 병기에 적절한 치료) (또는 환자가 통상적인 치료를 권유 받았으나 거절함)

이런 지침은 주로 TNM 체계에서 원발부위에 국한적(localized)이거나 초기 병기(T1, T2)일 때 적용한다. 종양이 더 이상 원발부위에 국한적(localized)이지 않을 거라는 의심이 든다면, 99(unknown)로 코딩하여야 한다.

**[예] 전립선암이 낭(capsule)을 통해 주위 조직을 침범(T3a/regional direct extension)하였다는 임상적 증거가 있고, 국소림프절 침습에 대한 언급이 없을 때**  
→ code 99 (unknown) (이유 : regional 림프절에 대한 상세 정보가 없으므로)

**“접근 가능한(accessible)” 림프절은 도구 없이 관찰하고 촉진하거나 검사할 수 있다.**

**[예] 유방, 구강, 피부, 침샘, 갑상선 등의 원발부위에 대한 림프절**

국소림프절에 대한 “remainder of examination negative”와 같은 기술이 있다면, 임상적으로 국소림프절을 음성(code 000)으로 코딩하기에 충분하다. 접근 가능한 림프절에 대한 기록이 없는 경우에는, 999로 코딩한다.



## 원격전이 코딩(Coding Distant Metastases)

임상의가 원발부위에 대한 통상적인 치료를 시행하면, 임상검사에 근거하여 원격전이를 미상(unknown) 보다 없음(none)으로 줄 수 있다. 통상적인 치료는 원격전이가 없는 것으로 가정하는 것이며 그게 아니라면 치료 접근 방법이 변하기 때문이다. TNM 체계에서 MX 범주는 더 이상 없기 때문에 CS Mets at DX를 99(unknown)로 코딩한 케이스는 7판에서 M0, 6판에서는 MX, 요약병기(Summary Stage) 2000에서는 미상(unknown)으로 매핑(mapping)된다.

## 사망진단서에서만 확인되는(DCO) 케이스의 코딩

사망진단서에서만 확인되는(DCO) 케이스는 모든 CS 필드에 "모름(Unknown : 보통 9, 99, 999 등)"이나 "적용할 수 없음(Not applicable : 보통 8, 98, 988 등)"으로 코딩한다. DCO 케이스에 대한 코딩 지침은 CS 웹사이트에서 이에 대한 코드들의 스키마-특이적 리스트를 참조한다. 최종 추적결과로 확인된 DCO 케이스는 보통 중앙암등록본부 수준에서만 확인된다. 만약 한 병원에서 DCO 역추적 과정을 통해 확인된 케이스가 색출된다면, DCO 코딩 규칙을 따르지 않고 가능한 한 발생 케이스로 완전하게 코딩한다.

## 인접한 조직, 구조 및 기관의 정의

### 인접한 결합조직(Adjacent connective tissue)

본 지침서에서 불명확(ill-defined)하거나 비특이(non-specific)부위에 대한 일부 CS 스키마는 인접한 결합조직의 코드를 포함한다. 인접한 결합조직은 원발부위를 포함한 기관이나 구조 가까이 둘러싸고 있는 이름이 밝혀지지 않은 조직을 말한다. 종양이 원발부위의 외부 경계(피막, 장막 혹은 기타 가장자리)를 지나 기관을 둘러싼 지지구조까지 침윤했지만, 더 큰 구조나 인접한 기관은 침범하지 않을 때, 이 코드를 준다.

ICD-O-3에서 결합조직으로 확인되는 구조는 다음과 같다.

지방 조직(adipose tissue), 건막(aponeuroses), 동맥(arteries), 혈관(blood vessels), 활액낭(bursa), 상세불명의 결합조직(connective tissue, NOS), 근막(fascia), 지방조직(fatty tissue), 섬유조직(fibrous tissue), 신경절(ganglia), 인대(ligaments), 림프관(lymphatic vessels or channels)(림프절은 아님), 근육(muscle), 신경(척수신경, 교감신경 및 말초신경), 골격근(skeletal muscle), 피하 조직(subcutaneous tissue), 활액(synovia), 건(tendons), 건초(tendon sheaths), 정맥(veins), 상세불명의 혈관(vessels, NOS)

일반적으로 이러한 조직들은 특정한 이름이 없다. 여러 기관의 틀을 형성함은 물론 기관이 제자리에 있도록 지지해주며 조직과 기관을 묶어주고, 영양소의 저장소 역할을 한다. 혈액, 연골 및 뼈는 가끔 결합조직으로 분류하지만 본 지침서에서는 별도로 분류한다.

### 인접한 기관들(Adjacent organs)

기관(organ)이란 지지 및 저장뿐만 아니라 특정한 생리 기능을 가진 해부학적 구조를 말한다. 해부학적으로 한 기관에서 인접한 기관으로 종양이 연속적으로 성장하는 경우, 불명확(ill-defined)하거나 비특이(non-specific)부위의 CS 스키마는 "인접 기관들/구조(adjacent organs/structures)"에 대한 적절한 코드를 사용한다.

### 인접한 구조(Adjacent structures)

특정한 이름을 가진 큰 결합조직을 인접한 구조라 한다. 예를 들면, 상완동맥(brachial artery)은 넓은 인대(broad ligament)와 같은 이름을 가진다. 한 기관에서 인접한 기관으로 종양이 연속적으로 성장하는 경우, 불명확하거나 비특이 부위의 CS 스키마는 "인접 기관/구조(adjacent organs/structures)"에 대한 적절한 코드를 사용한다.

## 애매모호한 용어(AMBIGUOUS TERMINOLOGY)

### CS 를 위한 애매모호한 용어 해석

암의 병기 결정은 암의 진행정도에 대한 주관적이면서도, 객관적인 평가이다. 가끔 임상 의는 암에 의해 침범된 특정 기관이나 조직에 대한 명확한 기술에 망설이고 "애매모호한 용어"를 사용한다. 다음 리스트는 일반적으로 의무기록에서 침범에 대한 특별한 기술이 없을 경우, 아래와 같이 해석하도록 사용될 수 있다. 그러나 임상의마다 이 같은 용어들을 다르게 사용하는 경우도 있으므로 임상의의 정확한 의도와 치료 선택 등을 알아야 한다. 아래에 없는 진단적 용어에 대해서는, 해당 의사와 상의해서 결정한다.

암 진단으로 간주	
• Comparable with	• Favors
• Consistent with	• Most likely
• Compatible with	• Typical of

Malignant appearing과 Suggests는 병리학회의 의견이 일치되지 않았으므로, 해당 병원 의사와협의하여 암으로 진단된 경우만 등록한다.

-대한병리학회 설문조사(2007년도) 결과-

### 국소림프절과 원격림프절의 침범 코딩

임상의들은 국소림프절과 원격림프절의 특성에 대해 다양하게 기술한다. 일반적으로 고형 종양의 경우, 침범된 조직에 대한 상세한 정보가 없을 때에는, 폐문(hilum), 종격(mediastinum), 후복막(retroperitoneum), 장간막(mesentery) 내의 종괴(mass), 고정된(fixed), 엉겨 붙은(matted)과 같은 용어들은 침범된 것으로 간주한다.

촉지되는(palpable), 종대된(enlarged), 가시성 종창(visible swelling), shotty, 림프절병증(lymphadenopathy)와 같은 용어의 경우, 림프절이 악성 또는 침범으로 의심된다거나 TNM 병기가 cN1 이상이라는 의사의 코멘트가 있을 경우에만 임상적으로 침범된 것으로 간주한다.

[예외]

- 폐의 국소림프절  
폐문(hilum)이나 종격(mediastinum) 내의 mass, enlargement, adenopathy와 같은 용어들은 국소림프절이 침범된 것으로 간주한다.
- 위의 용어를 일부라도 사용한 카포시육종(kaposi sarcoma), 악성 림프종(malignant lymphoma), 두경부 림프절에서의 fixed, matted 등의 용어는 림프절 외 침범(extranodal extension)을 의미한다.

## 본 지침서의 코딩 방법 요약

1. CS 데이터 수집 시스템으로 코딩하기 전에 우선 **지침서의 일반 지침을 완벽히 숙지한다.**
2. 의무기록을 신중히 검토하여 원발부위와 조직학을 확인하고 올바른 ICD-O-3 코드를 확인한다. 의무기록 검토시, 종양에 의해 침범된 조직, 림프절, 원격전이부위에 대해 유념한다.
3. 첫 번째 단계로 정확한 스키마를 선택한다.
4. 스키마 초반부에 적절한 원발부위와 조직학 코드가 리스트에 있는지를 확인함으로써, 올바른 스키마를 선택했는지 확인한다.
5. 필드별 코딩 지침에 따라 코딩한다. 각 데이터 필드를 시작할 때, 반드시 해당 스키마의 구체적 설명을 읽는다. 일부 스키마는 침범(extension), 림프절(lymph nodes), 전이(metastasis)와 관련된 부위특이적 요소(site-specific factors)를 가지고 있으므로 코딩할 때 명심한다.

번호	필드명	설명
1	CS Tumor Size	종양의 크기 (구체적인 크기 명시)
2	CS Extension	종양이 퍼진 정도
3	CS Tumor Size/Ext Eval	"CS Tumor Size"와 "CS Extension" 이 어떻게 결정되었는지를 코드
4	CS Lymph Nodes	국소림프절의 침습 여부
5	CS Reg Node Eval	"CS Lymph Nodes" 가 어떻게 결정되었는지를 코드
6	Reg Nodes Pos	병리검사 결과에서 양성반응이 나온 국소림프절의 수
7	Reg Nodes Exam	병리검사 결과에서 검사된 국소림프절의 수
8	CS Mets at Dx	원격전이 여부
9	CS Mets Eval	"CS Mets at DX" 코드 결정 방법
10	SSFs	부위특이적 요소 1~25개 (암종에 따라 다름)

모든 필드가 수집되면, 전산 프로그램을 통해 요약병기(Summary Stage)와 AJCC 7판에 대한 병기그룹 및 TNM을 산출할 수 있다.

전산 프로그램은 해당 사례에 대한 TNM 및 AJCC 병기그룹 산출 여부를 결정할 조직학 코드와 기타 코드 정보를 확인한다. 조직학 코드가 해당 부위별 분류 가능한 형태학 코드의 컴퓨터 리스트에 있지 않다면, TNM과 AJCC 병기그룹은 "적용할 수 없음(Not applicable)"으로 나타내 준다. 요약병기는 모든 케이스에서 산출된다.

중앙암등록본부로 자료를 송부할 때, 전산 프로그램에 입력한 자료에 에러 메시지나 편집 경고 메시지가 뜨는 경우에는 이를 해결하여 제출한다.