

**CABEZA Y CUELLO
(LARINGE)**

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

☐ No remitido ☐ Atención primaria ☐ Programa de control ☐ Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

☐ No ☐ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

☐ 1.Disfonia ☐ 5.Dolor ☐ 9.Disfagia
☐ 2.Disnea ☐ 6.Sangramiento ☐ 10.Perdida peso
☐ 3.Tos ☐ 7.Odinofagia ☐ 11.Otros
☐ 4.Nódulo cervical ☐ 8.Sialorrea

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días

Meses

Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO

☐ 1.Ninguno ☐ 4.Ingestión bebidas alcohólicas
☐ 2.Tabaquismo ☐ 5.Trauma región de la lesión
☐ 3.Exposición a irritantes ☐ 6.Otro

2.PERSONALES PATOLÓGICOS

☐ Ninguno ☐ Laringitis ☐ Pólipo laríngeo o faríngeo
☐ Papilomas ☐ Faringitis ☐ VIH
☐ Leucoplasia ☐ Tuberculosis ☐ Neoplasia maligna

Cual neoplasia: _____

3. FAMILIARES DE CÁNCER

☐ 1.No ☐ Si ☐ Desconocido Si afirmativo: Cual (es) neoplasia (S): _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

☐ Vegetante ☐ Necrosante
☐ Infiltrante ☐ Plana
☐ Ulcero vegetante ☐ Submucosa
☐ Ulcero infiltrante ☐ Nodular

2. REGIÓN

☐ Derecha
☐ Central
☐ Izquierda

3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)

mm

4.LOCALIZACIÓN

SUPRAGLOTIS

☐ Epiglotis
☐ Banda ventricular
☐ Repliegue
aritenio-epiglótico

GLOTIS

☐ CV derecha
☐ CV izquierda
☐ Comisura anterior
☐ Comisura posterior

☐ SUBGLOTIS

5. ADENOPATÍAS CERVICALES

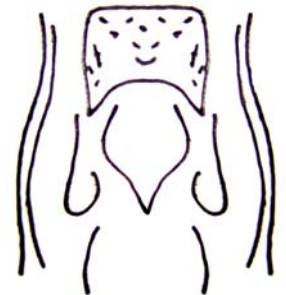
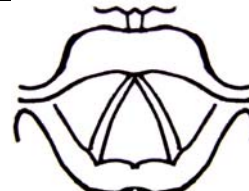
Derecho

☐ No ☐ Nivel-III ☐ No ☐ Nivel-III
☐ Nivel-I ☐ Nivel-IV ☐ Nivel-I ☐ Nivel-IV
☐ Nivel-II ☐ Nivel-V ☐ Nivel-II ☐ Nivel-V

Izquierdo

6.EXTENSIÓN CLÍNICA A:

☐ No ☐ Espacio pre-epiglótico ☐ Laringe
☐ Supraglotis ☐ Fuera de laringe ☐ Mesofaringe
☐ Glotis ☐ Piel y partes blandas ☐ Hipofaringe
☐ Subglotis ☐ Aponeurosis pre-vertebral ☐ Esófago
☐ Cartílago ☐ Músculos pre-vertebrales ☐ Hueso



7.PERFORMANCE STATUS ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

NOMBRE (ES)

No. HISTORIA CLÍNICA

No. CARNET DE IDENTIDAD:

SEXO
☐ M
☐ F

EDAD

RAZA

FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)

8.DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO						
V- ANATOMIA PATOLÓGICA						
No. Biopsia:	_ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico:	(dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	Marcadores	Pos	Neg
Diagnostico Topografico:	_____			_____	☐	☐
Diagnostico Morfológico:	_____			_____	☐	☐
Diagnosticado en:	_____			_____	☐	☐
Grado de diferenciación:		Base del diagnóstico:				
☐ Diferenciado	☐ Indiferenciado	☐ E. Clínico	☐ P. Bio. Inmunol	☐ Hematología	☐ Descono.	
☐ Moderadamente diferenciado	☐ No determinado	☐ Inv. Clínica	☐ Citología	☐ Histología		
☐ Poco diferenciado	☐ No procede	☐ Cirugía	☐ Citogenética	☐ Otras		
VI-ESTADIAMIENTO						
TNM:	T _ _ _ _	N _ _ _ _	M _ _ _ _	Metástasis a distancia:		
pTNM:	pT _ _ _ _	pN _ _ _ _	pM _ _ _ _	☐ Ninguna	☐ Pulmón Pleura	☐ Hígado
				☐ Ovario	☐ Otras	
				☐ Hueso	☐ Ganglios Dist	☐ Cerebro
				☐ Piel y TCS	☐ Desc.	
Etapa Clínica:			Extensión clínica:			
☐ In Situ	☐ Ic	☐ IIc	☐ IIIc	☐ IVc	☐ In situ	☐ Ext. directa y linf. regionales
☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	☐ Desconocido	☐ Localizado	☐ Metástasis a distancia
☐ Ia	☐ IIa	☐ IIIa	☐ IVa	☐ No procede	☐ Extensión directa	☐ No aplicable
☐ Ib	☐ IIb	☐ IIIb	☐ IVb		☐ Linfático regionales	☐ Desconocido
VII-TRATAMIENTO						
En otro centro	En la Institución	Tratamiento planificado:			Inclusión en EC	
☐ No	☐ No	☐ Ninguno	☐ Radioterapia	☐ Hormonoterapia	☐ Otra	☐ Si ☐ No
☐ Parcial	☐ Parcial	☐ Cirugía	☐ Quimioterapia	☐ Inmunoterapia	☐ Desc.	Cual?: (poner código)
☐ Completo	☐ Completo	Si otra: Cual? _____			_____	
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO						
1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: ☐ Si ☐ No			2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ☐ Si ☐ No			
Tipo de cirugía: _____ _____			Tipo: _____			
Fecha: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
			Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
			Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy			
3.TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: ☐ Si No			4. OTRO TRATAMIENTO: ☐ No ☐ Si			
Esquema: _____ No Ciclos ____			Cual? _____			
Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
VIII- RESPUESTA AL TRATAMIENTO						
Evaluación de la respuesta.	☐ RC	☐ RP	☐ EE	☐ EP	☐ No procede	Fecha: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
Observaciones: 						
Medico:			RP:		Firma:	