

PIEL Y MELANOMA

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

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

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

☐ No ☐ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

- ☐ 1. Aparición lesión cutánea ☐ 2. Sangramiento
☐ 3. Crecimiento de lesión ☐ 4. Aparición de ganglio regional
☐ 5. Otro

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días

Meses

Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES

- ☐ 1. Ninguno ☐ 7. Xeroderma pigmentoso
☐ 2. Exposición solar ☐ 8. Mancha melanocítica de Hutshinson
☐ 3. Exposición a radiaciones ☐ 9. Dermatitis Radiógena
☐ 4. Otro tipo de exposición ☐ 10. Trauma
☐ 5. Lesión pigmenta ☐ 11. Neoplasia Maligna
☐ 6. Queratosis cutánea Cual?: _____

2. FAMILIARES DE MELANOMA

☐ No ☐ Si ☐ Desconocido

3. FAMILIARES DE OTRA NEOPLASIA

☐ No ☐ Si ☐ Desconocido

Cual(es)? _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

- ☐ Vegetante
☐ Infiltrante
☐ Queratósica
☐ Mixta

MELANOMA

- ☐ 1. Extensión superficial
☐ 2. Lentigo maligno
☐ 3. Melanoma acral
☐ 4. Nodular
☐ 5. No procede

CARCINOMA BASAL

- ☐ 1. Nodular Perlado
☐ 2. Ulcus Rodens
☐ 3. Terebrante
☐ 4. Infiltrante
☐ 5. Plano cicatrizal

4. COLOR

- ☐ 1. Pigmentado
☐ 2. No pigmentado
☐ 3. No procede

5. LOCALIZACIÓN:

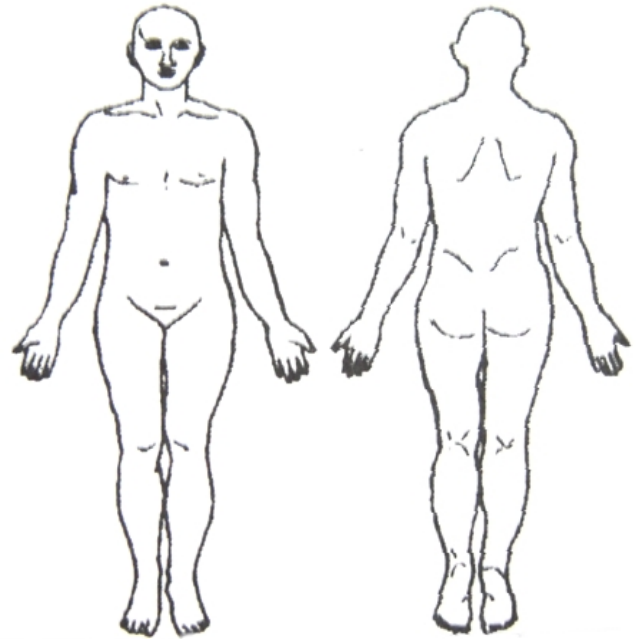
- ☐ Piel de la cara
☐ Piel del cuero cabelludo y el cuello
☐ Piel del tronco
☐ Piel del miembro superior y hombro
☐ Piel del miembro superior y cadera
☐ Piel sin especificar
☐ No procede

6. SIGNOS ASOCIADOS

- ☐ Ninguno
☐ Lesión regional
☐ Lesión satélite
☐ Lesión a distancia

3. TAMAÑO (DIÁMETRO MAYOR)

_____ mm



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.OBSERVACIONES					
V- ANATOMIA PATOLÓGICA					
No. Biopsia:	_ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa)	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	Marcadores	Pos Neg
Diagnostico Topográfico:	_____			_____	☐ ☐
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				
Etapa Clínica:			☐ Hueso ☐ Ganglios Dist ☐ Cerebro ☐ Piel y TCS ☐ Desc.		
☐ In Situ ☐ Ic ☐ IIc ☐ IIIc ☐ IVc			Extensión clínica:		
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Desconocido			☐ In situ ☐ Ext. directa y linf. regionales		
☐ Ia ☐ IIa ☐ IIIa ☐ IVa ☐ No procede			☐ Localizado ☐ Metástasis a distancia		
☐ Ib ☐ IIb ☐ IIIb ☐ IVb			☐ Extensión directa ☐ No aplicable		
			☐ 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: ☐ No ☐ Si			2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ☐ No ☐ Si		
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: ☐ No ☐ Si			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: