

I-REMISIÓN									
REMITIDO POR :							DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO		
☐ No remitido ☐ Atención primaria ☐ Programa de control ☐ Atención secundaria							☐ No ☐ Si		
II-ANAMNESIS									
1. MOTIVO DE CONSULTA									
☐ 1.Anemia ☐ 7. Perdida de peso ☐ 11.Cefalea									
☐ 2.Fiebre >10% en 6 meses ☐ 12.Lesiones Cutáneas									
☐ 3.Astenia ☐ 8. Sudoraciones ☐ 13.Dolor									
☐ 4.Anorexia nocturnas ☐ 14.Tumor abdominal									
☐ 5.Sangramiento ☐ 9.Ictero ☐ 15.Disnea									
☐ 6.Adenomegalias ☐ 10.Púrpura ☐ 16.Fractura									
2. TIEMPO DE APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS									
Días Mes (s) Año (s)									
III- ANTECEDENTES									
1. GENERALES				2.PATOLÓGICOS					
☐ Ninguno				☐ Inmunodeficiencia congénita		☐ Infección por HIV		☐ Neoplasia hematológica	
☐ Exposición a Radiaciones				☐ Enfermedad autoinmune		☐ Infección por EBV		☐ Linfoma	
☐ Uso de quimioterapia				☐ Anemia		☐ Infección por HCV		☐ Leucemia	
☐ Uso de inmunosupresores				☐ Transplantado		☐ Infección H.Pylori		☐ Mieloma	
				☐ Otra neoplasias Malignas		Cual neoplasia: _____			
3. FAMILIARES DE HEMATOPATÍAS MALIGNAS					4. FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CÁNCER				
☐ Ninguno ☐ Linfoma no Hodgkin ☐ Mieloma					☐ No ☐ Si ☐ Desconocido				
☐ Leucemia ☐ Linfoma Hodgkin ☐ Desconocido					Cual neoplasia: _____				
IV- EVALUACIÓN CLÍNICA									
1.PERFORMANCE STATUS ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4									
2. SITIOS GANGLIONARES INVOLUCRADOS ☐ Si ☐ No									
☐ Cervicales ☐ Mediastinales ☐ Mesentéricas									
☐ Supraclaviculares ☐ Otros Intratorácicos ☐ Retroperitoneales									
☐ Axilares ☐ Perigástricas ☐ Iliacas									
☐ Inguinales ☐ Hilio hepático ☐ Otras									
3.OTROS HALLAZGOS CLÍNICOS									
☐ Sind. vena cava super. ☐ Lesión cutánea ☐ Esplenomegalia									
☐ Sufusión hemorrágica ☐ Tumor óseo ☐ Gingivitis									
☐ Hepatomegalia ☐ Fractura patológica ☐ Otro									
3. SITIOS EXTRAGANGLIONARES INVOLUCRADOS ☐ Si ☐ No									
☐ Médula Osea ☐ Glándula salivar ☐ Duodeno									
☐ Sangre periférica ☐ Tiroides ☐ Yeyuno									
☐ Piel y TCS ☐ Anillo Waldeyer's ☐ Ileum									
☐ Conjuntiva ☐ Faringe ☐ Colon									
☐ Orbita ☐ Pulmón ☐ Recto									
☐ Hueso ☐ Mama ☐ Tracto urinario									
☐ Cerebro ☐ Estomago ☐ Ovario									
☐ Meninges ☐ Hígado ☐ Testículo									
☐ Ocular ☐ Bazo ☐ Derrame pleural									
☐ Cavidad Nasal ☐ Páncreas ☐ Otro									
Cual? _____									
4. DIAMETRO MAYOR (CM) ☐ <7 ☐ 7-10 ☐ ≥ 10 ☐ NE Sitio: _____									
1ER APELLIDO			2DO APELLIDO			NOMBRE (ES)			
No. HISTORIA CLÍNICA		No. CARNET DE IDENTIDAD:			SEXO	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)	
					☐ M ☐ F				

V-COMPLEMENTARIOS					
1.MARCADORES ☐ LDH _____ U/L ☐ B2 microglobulina _____ mg/L ☐ Eritrosedimentacion _____ mm		3.COMPLEMENTARIOS GENERALES ☐ Hemoglobina _____ g/L ☐ Leucograma _____ x 10 ⁹ ☐ Creatinina _____ μmol/L ☐ Proteínas totales _____ g/L ☐ Albúmina _____ g/L ☐ Calcio sérico _____ mmol/L ☐ _____ ☐ _____		4.OTROS ESTUDIOS Positivo Negativo ☐ TAC tórax ☐ ☐ ☐ TAC abdomen. ☐ ☐ ☐ PET-CT ☐ ☐ ☐ Endoscopia ☐ ☐ ☐ Survey óseo ☐ ☐ ☐ BMO ☐ ☐ ☐ HIV ☐ ☐ ☐ HCV ☐ ☐	
2.ESTUDIOS MOLECULARES Positivo ☐ Bcr-abl ☐ ☐ T(11;14) ☐ ☐ T(14;18) ☐ ☐ _____ ☐					
IV- ANATOMIA PATOLÓGICA					
No. Biopsia: _____ Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ Diagnóstico topográfico: _____ Diagnostico morfologico: _____ Diagnosticado en: _____					☐ Célula B ☐ Célula T ☐ Célula NK ☐ Hodgkin's
CLASIFICACIÓN REAL/WHO					
☐ 1.LLB/LLB ☐ 8. FL-CP ☐ 15.Plasmoci ☐ 22.LLC-T ☐ 29.LCT-CM ☐ 36.Angioc. ☐ 43.HDG-CM ☐ 2.LLC-B ☐ 9. FL-mixto ☐ 16.MM ☐ 23.L.Prolin ☐ 30.LCT-Mix ☐ 37.Intestinal ☐ 44.HDG-DL ☐ 3.L. Prolin. ☐ 10.FL-CG ☐ 17.LDCG ☐ 24.LGL-T ☐ 31.LCT-CG ☐ 38.ATL/L ☐ 45.HDG-RL ☐ 4.SLL ☐ 11.MALT ☐ 18.LCGPM ☐ 25.LGL-NK ☐ 32.LCT-LE ☐ 39.ALCL ☐ 46.HDG-NE ☐ 5.L. Linfop. ☐ 12.MZL ☐ 19.Burkitt's ☐ 26.M. Fung ☐ 33.LCT-HE ☐ 40.ALCL-H ☐ 6.Inmunoci. ☐ 13.MZL-S ☐ 20.Burkitt's L. ☐ 27.S.Sezary ☐ 34.LCT-PS ☐ 41.HDG-N ☐ 7.MCL ☐ 14.HCL ☐ 21.LLT/LLT ☐ 28.LTC-Peri ☐ 35.LCT-AI ☐ 42.HDG-EN					
VII-ESTADIAMIENTO					
LINFOMAS (ANN ARBOR) ☐ IA ☐ IIA ☐ IIIA ☐ IVA ☐ IB ☐ IIB ☐ IIIB ☐ IVB Bulky Bazo Extranodal ☐ X ☐ S ☐ E		LLA (FAB) ☐ L1 ☐ L2 ☐ L3		LMA (FAB) ☐ M0 ☐ M4 ☐ M1 ☐ M5 ☐ M2 ☐ M6 ☐ M3 ☐ M7	
LMC ☐ Estable ☐ Acelerada ☐ Crisis blástica		LLC (RAI) ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV		MM ☐ Ia ☐ Ib ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb	
VIII-TRATAMIENTO					
En otro centro En la Institución ☐ No ☐ No ☐ Parcial ☐ Parcial ☐ Completo ☐ Completo		Tratamiento planificado: ☐ Ninguno ☐ Radioterapia ☐ Hormonoterapia ☐ Otra ☐ Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Inmunoterapia ☐ Desc. Si otra: Cual? _____			Inclusión en EC ☐ Si ☐ No Cual?: (poner código) _____
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO					
Tratamiento quimioterapia: ☐ No ☐ Si Régimen: _____ No ciclos: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ Fecha finalizado: (dd/mm/aa) _____/_____/_____			Tratamiento Radioterapia: ☐ No ☐ Si Tipo: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ Fecha final: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy		
Quimioterapia altas dosis ☐ No ☐ Si Régimen de condicionamiento: _____ ☐ BMT ☐ PSCT ☐ PSCT-NM Fecha: _____/_____/_____			Tratamiento inmunoterapia: ☐ No ☐ Si ☐ Rituximab No dosis: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ Fecha finalizado: (dd/mm/aa) _____/_____/_____ ☐ Alentuzumab ☐ Interferón ☐ Otra Cual? _____		
Tratamiento Quirúrgico: ☐ No ☐ Si Tipo: _____ Fecha cirugía: (dd/mm/aa) _____/_____/_____			Otro tratamiento: Cual? _____		
XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO					
Evaluación de la respuesta. ☐ RC ☐ RP ☐ EE ☐ EP ☐ No procede Fecha: _____/_____/_____					
Medico: _____			RP: _____		Firma: _____