

## CABEZA Y CUELLO (CAVIDAD BUCAL- GLÁNDULA SALIVAL)

### I-REMISIÓN

|   |  |
|---|--|
| REMITIDO POR :<br><input type="checkbox"/> No remitido <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de control <input type="checkbox"/> Atención secundaria | DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO<br><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si |
|---|--|

### II-ANAMNESIS

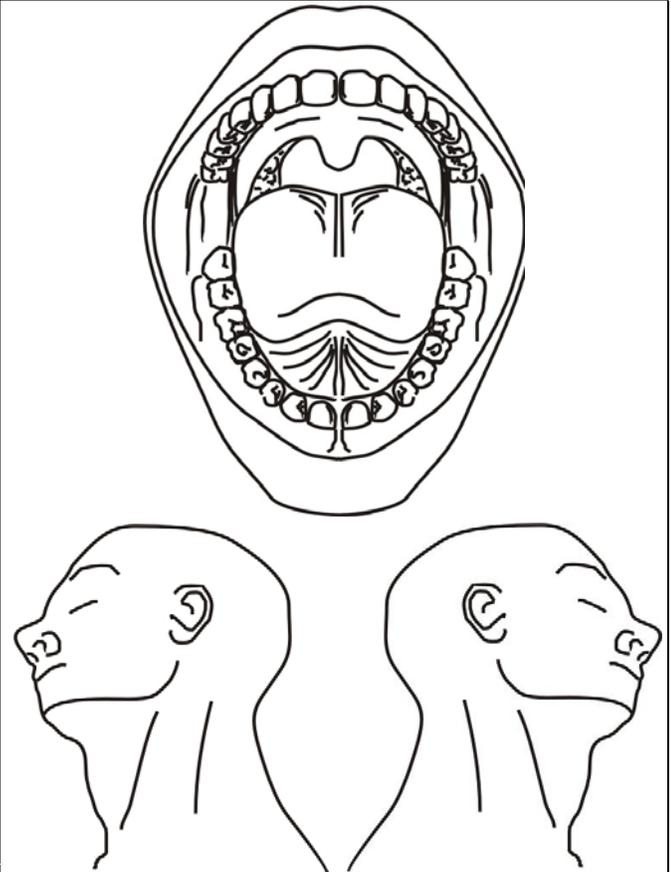
|   |  |
|---|--|
| 1. MOTIVO DE CONSULTA<br><input type="checkbox"/> 1.Aparición de lesión <input type="checkbox"/> 4.Dolor <input type="checkbox"/> 7.Odinofagia<br><input type="checkbox"/> 2.Aumento de volumen <input type="checkbox"/> 5.Parálisis Facial <input type="checkbox"/> 8. Sialorrea<br><input type="checkbox"/> 3.Nódulo cervical <input type="checkbox"/> 6.Sangramiento <input type="checkbox"/> 9.Otro |  |
| 2. PRIMER SÍNTOMA: _____  |  |
| 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Días</span> <span>Meses</span> <span>Años</span> </div>   |  |

### III- ANTECEDENTES

|   |   |
|---|---|
| 1. PERSONALES DE RIESGO<br><input type="checkbox"/> 1.Ninguno <input type="checkbox"/> 4.Ingestión bebidas alcohólicas<br><input type="checkbox"/> 2.Tabaquismo <input type="checkbox"/> 5.Uso de prótesis<br><input type="checkbox"/> 3.Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> 6.Trauma región de la lesión<br><input type="checkbox"/> 4.Mala higiene bucal | 2.PERSONALES PATOLÓGICOS<br><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Avitaminosis <input type="checkbox"/> Infección crónica<br><input type="checkbox"/> Leucoplasias <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH<br><input type="checkbox"/> Queratosis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna<br>Cual neoplasia: _____ |
| 3. FAMILIARES DE CÁNCER<br><input type="checkbox"/> 1.No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido    Si afirmativo: Cual (es) neoplasia (S): _____  |   |

### IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

|  |   |   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
|--|---|---|------------------------------------|---------------|---|---------------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| 1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN<br><input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Necrosante<br><input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana<br><input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Submucosa<br><input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Nodular   | 2. REGIÓN<br><input type="checkbox"/> Derecha<br><input type="checkbox"/> Central<br><input type="checkbox"/> Izquierda |   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| 3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm  |   |   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| 4.LOCALIZACIÓN<br><table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 33%;">LABIO</td> <td style="width: 33%;">LENGUA MÓVIL</td> <td style="width: 33%;">SUELO DE BOCA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Labio superior</td> <td><input type="checkbox"/> Cara ventral</td> <td><input type="checkbox"/> Parte anterior</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Labio inferior</td> <td><input type="checkbox"/> Cara Dorsal</td> <td><input type="checkbox"/> Parte Lateral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mucosa superior</td> <td><input type="checkbox"/> Punta</td> <td>ENCÍA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comisura labiales</td> <td><input type="checkbox"/> Borde</td> <td><input type="checkbox"/> Superior</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mucosa inferior</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Inferior</td> </tr> </table> OTRAS PARTES DE LA BOCA    GLÁNDULAS SALIVARES<br><input type="checkbox"/> Carrillo <input type="checkbox"/> Paladar duro <input type="checkbox"/> Parótida <input type="checkbox"/> Sublingual<br><input type="checkbox"/> Vestíbulo <input type="checkbox"/> Espacio retromolar <input type="checkbox"/> Submaxilar <input type="checkbox"/> Otra         |   | LABIO                                   | LENGUA MÓVIL                       | SUELO DE BOCA | <input type="checkbox"/> Labio superior | <input type="checkbox"/> Cara ventral | <input type="checkbox"/> Parte anterior | <input type="checkbox"/> Labio inferior | <input type="checkbox"/> Cara Dorsal | <input type="checkbox"/> Parte Lateral | <input type="checkbox"/> Mucosa superior | <input type="checkbox"/> Punta   | ENCÍA                             | <input type="checkbox"/> Comisura labiales | <input type="checkbox"/> Borde   | <input type="checkbox"/> Superior | <input type="checkbox"/> Mucosa inferior |  | <input type="checkbox"/> Inferior |
| LABIO  | LENGUA MÓVIL  | SUELO DE BOCA                           |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Labio superior  | <input type="checkbox"/> Cara ventral   | <input type="checkbox"/> Parte anterior |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Labio inferior  | <input type="checkbox"/> Cara Dorsal  | <input type="checkbox"/> Parte Lateral  |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Mucosa superior   | <input type="checkbox"/> Punta  | ENCÍA                                   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Comisura labiales   | <input type="checkbox"/> Borde  | <input type="checkbox"/> Superior       |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Mucosa inferior   |   | <input type="checkbox"/> Inferior       |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| 5. ADENOPATÍAS CERVICALES<br><table style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 25%;">Derecho</td> <td style="width: 25%;">Izquierdo</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-III</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-III</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nivel-I</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-IV</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-I</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-IV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nivel-II</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-V</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-II</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel-V</td> </tr> </table> 6.EXTENSIÓN CLÍNICA A:<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suelo de boca <input type="checkbox"/> Laringe<br><input type="checkbox"/> Labio <input type="checkbox"/> Otras partes de cavidad oral <input type="checkbox"/> Nasofaringe<br><input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/> Mesofaringe <input type="checkbox"/> Piel y Partes blandas<br><input type="checkbox"/> Encía <input type="checkbox"/> Hipofaringe <input type="checkbox"/> Hueso |   | Derecho                                 | Izquierdo                          |               |   | <input type="checkbox"/> No           | <input type="checkbox"/> Nivel-III      | <input type="checkbox"/> No             | <input type="checkbox"/> Nivel-III   | <input type="checkbox"/> Nivel-I       | <input type="checkbox"/> Nivel-IV        | <input type="checkbox"/> Nivel-I | <input type="checkbox"/> Nivel-IV | <input type="checkbox"/> Nivel-II          | <input type="checkbox"/> Nivel-V | <input type="checkbox"/> Nivel-II | <input type="checkbox"/> Nivel-V         |  |                                   |
| Derecho  | Izquierdo   |   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Nivel-III  | <input type="checkbox"/> No             | <input type="checkbox"/> Nivel-III |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nivel-I   | <input type="checkbox"/> Nivel-IV   | <input type="checkbox"/> Nivel-I        | <input type="checkbox"/> Nivel-IV  |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nivel-II  | <input type="checkbox"/> Nivel-V  | <input type="checkbox"/> Nivel-II       | <input type="checkbox"/> Nivel-V   |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |
| 7.PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4   |   |   |                                    |               |   |                                       |   |   |                                      |  |  |                                  |                                   |  |                                  |                                   |  |  |                                   |



|                      |                          |  |
|----------------------|--------------------------|--|
| 1ER APELLIDO         | 2DO APELLIDO             | NOMBRE (ES)  |
| No. HISTORIA CLÍNICA | No. CARNET DE IDENTIDAD: | SEXO<br><input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> 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: _____  |  | _____      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diagnostico Morfológico: _____  |  | _____      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diagnosticado en: _____         |  | _____      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |  |
|---|--|
| Grado de diferenciación:  | Base del diagnóstico:  |
| <input type="radio"/> Diferenciado<br><input type="radio"/> Moderadamente diferenciado<br><input type="radio"/> Poco diferenciado | <input type="radio"/> Indiferenciado<br><input type="radio"/> No determinado<br><input type="radio"/> No procede |
| <input type="radio"/> E. Clínico<br><input type="radio"/> Inv. Clínica<br><input type="radio"/> Cirugía                           | <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol<br><input type="radio"/> Citología<br><input type="radio"/> Citogenética   |
| <input type="radio"/> Hematología<br><input type="radio"/> Histología<br><input type="radio"/> Otras                              | <input type="radio"/> Descono.<br><input type="radio"/> Desconocido  |

### VI-ESTADIAMIENTO

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| TNM: T _____  N  _____  M  _____      | Metástasis a distancia:   |
| pTNM: pT  _____  pN  _____  pM  _____ | <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pulmón Pleura <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Otras<br><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Ganglios Dist <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Piel y TCS <input type="checkbox"/> Desc. |

|   |  |
|---|--|
| Etapa Clínica:  | Extensión clínica:   |
| <input type="radio"/> In Situ <input type="radio"/> Ic <input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IVc<br><input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Desconocido<br><input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> No procede<br><input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IVb | <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales<br><input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia<br><input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> No aplicable<br><input type="radio"/> Linfático regionales <input type="radio"/> Desconocido |

### VII-TRATAMIENTO

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| En otro centro  | En la Institución   | Tratamiento planificado:  | Inclusión en EC  |
| <input type="radio"/> No<br><input type="radio"/> Parcial<br><input type="radio"/> Completo | <input type="radio"/> No<br><input type="radio"/> Parcial<br><input type="radio"/> Completo | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otra<br><input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc. | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Cual?: (poner código) _____ |
| Si otra: Cual? _____  |   | _____   |  |

### DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

|   |  |
|---|--|
| 1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No    | 2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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. <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> RP <input type="radio"/> EE <input type="radio"/> EP <input type="radio"/> No procede | Fecha:  __ __ __ / __ __ __ / __ __ |        |
| Observaciones:   |                                     |        |
|  |                                     |        |
| Medico:  | RP:                                 | Firma: |