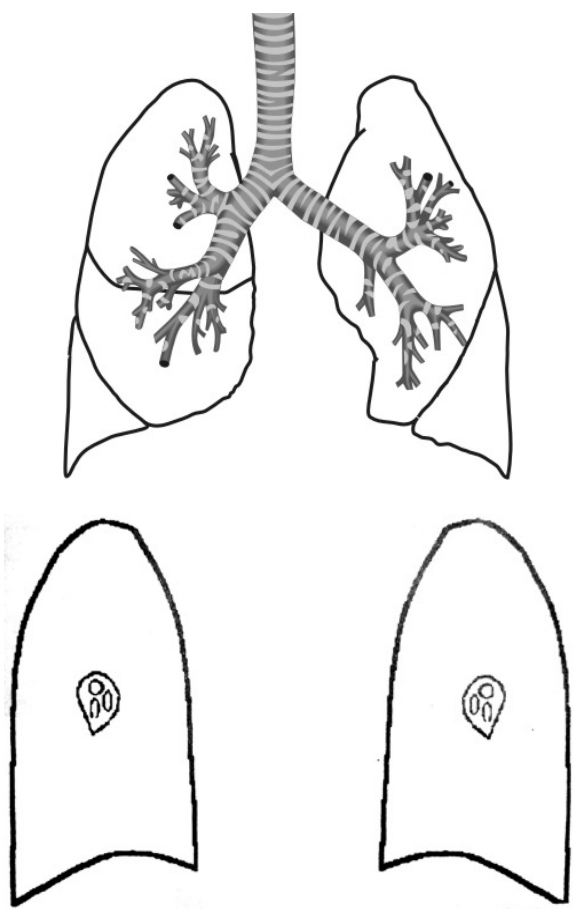


I-REMISIÓN						
REMITIDO POR : ☐ No remitido ☐ Atención primaria ☐ Programa de control ☐ Atención secundaria					DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO ☐ No ☐ Si	
II-ANAMNESIS						
1. MOTIVO DE CONSULTA ☐ 1.Tos ☐ 4. Hemoptisis ☐ 7.Perdida de peso ☐ 2.Expectoración ☐ 5. Dolor ☐ 8.Adenopatías ☐ 3.Disnea ☐ 6.Disfonía ☐ 9.Otros						
2. PRIMER SÍNTOMA: _____						
3. TIEMPO DE APARICIÓN						
Días Meses Años						
III- ANTECEDENTES						
1. PERSONALES DE RIESGO ☐ 1.Ninguno ☐ 5.Exposición al asbesto ☐ 2.Tabaquismo ☐ 6.Exposición a radiaciones ☐ 3.Tuberculosis ☐ 7.Otro ☐ 4.Trabajador de minas			2.PERSONALES PATOLÓGICOS ☐ Ninguno ☐ EPOC ☐ Neumopatía inflamatoria ☐ VIH ☐ Operación torácica ☐ Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____			
3. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER ☐ 1.No ☐ Si ☐ Desconocido Si afirmativo Cual neoplasia?: _____						
IV- EVALUACIÓN CLÍNICA						
1. SIGNOS FÍSICOS ☐ Ninguno ☐ Sínd.Pancoast-Tobías ☐ Sínd. de condensación ☐ Sínd. compresión vena cava ☐ Sínd. interposición líquida ☐ Nódulo solitario ☐ Compresión ganglio estelar ☐ Otro ☐ Afección plexo braquial						
2.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) mm						
3.LOCALIZACIÓN ☐ Lóbulo superior derecho ☐ Lóbulo superior izquierdo ☐ Lóbulo medio ☐ Lóbulo inferior izquierdo ☐ Lóbulo inferior derecho ☐ Hilio izquierdo ☐ Hilio derecho						
5. ADENOPATÍAS ☐ No ☐ Mediastinales contralaterales ☐ Hiliares ☐ Supraclaviculares ☐ Mediastinales ipsilaterales ☐ Otras						
6.EXTENSIÓN CLÍNICA A: ☐ Localizado ☐ Pleura ☐ Diafragma ☐ Carina ☐ Tráquea ☐ Grandes Vasos ☐ Pared torácica ☐ Vértebra ☐ Corazón y pericardio						
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)	

V-COMPLEMENTARIOS							
Laboratorio clínico ☐ Hemoglobina _____ ☐ Creatinina _____	Exámenes para evaluación ☐ Rx tórax AP y L ☐ TAC de tórax ☐ Ultrasonido ☐ Broncoscopia	Pos ○ ○ ○ ○	Neg ○ ○ ○ ○	Pruebas funcionales respiratorias ○ No realizada ○ Adecuadas ○ Contraindican la cirugía			
VI- ANATOMIA PATOLÓGICA							
No. Biopsia: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			Marcadores	Pos	Neg	
Diagnostico Topografico: _____				_____	○	○	
Diagnostico Morfológico: _____				_____	○	○	
Diagnosticado en: _____				_____	○	○	
Grado de diferenciación: ○ Diferenciado ○ Indiferenciado ○ Moderadamente diferenciado ○ No determinado ○ Poco diferenciado ○ No procede		Base del diagnóstico: ○ E. Clínico ○ P. Bio. Inmunol ○ Hematología ○ Descono. ○ Inv. Clínica ○ Citología ○ Histología ○ Cirugía ○ Citogenética ○ Otras					
VII-ESTADIAMIENTO							
TNM: T _ _ _ _ N _ _ _ _ M _ _ _ _	Metástasis a distancia: ☐ Ninguna ☐ Pulmón Pleura ☐ Hígado ☐ Ovario ☐ Otras ☐ Hueso ☐ Ganglios Dist ☐ Cerebro ☐ Piel y TCS ☐ Desc.						
Etapa Clínica: ○ In Situ ○ Ic ○ IIc ○ IIIc ○ IVc ○ I ○ II ○ III ○ IV ○ Desconocido ○ Ia ○ IIa ○ IIIa ○ IVa ○ No procede ○ Ib ○ IIb ○ IIIb ○ IVb				Extensión clínica: ○ In situ ○ Ext. directa y linf. regionales ○ Localizado ○ Metástasis a distancia ○ Extensión directa ○ No aplicable ○ Linfático regionales ○ Desconocido			
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							
1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: ○ Si ○ No Tipo de cirugía: _____ _____ Fecha: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _				2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ○ Si ○ No Tipo: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy			
3.TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: ○ Si No Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _				4. OTRO TRATAMIENTO: ○ No ○ Si Cual? _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO							
Evaluación de la respuesta. ○ RC ○ RP ○ EE ○ EP ○ No procede Fecha: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _							
Observaciones:							
Medico:		RP:		Firma:			