

V-COMPLEMENTARIOS				
1.MARCADORES <input type="checkbox"/> Tiroglobulina _____ <input type="checkbox"/> Calcitonina _____ <input type="checkbox"/> Calcio _____	2.HORMONAS <input type="checkbox"/> TSH _____ <input type="checkbox"/> T3 _____ <input type="checkbox"/> T4 _____	3.OTROS EXÁMENES <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Laringoscopia	Pos.	Neg
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VI- ANATOMIA PATOLÓGICA				
No. Biopsia: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _		Marcadores
Diagnostico Topografico: _____				Pos
Diagnostico Morfológico: _____				Neg
Diagnosticado en: _____				<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>
VII-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 <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 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> No procede <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 <input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia <input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> No aplicable <input type="radio"/> Linfático regionales <input type="radio"/> Desconocido		
VIII-TRATAMIENTO				
En otro centro En la Institución		Tratamiento planificado:		Inclusión en EC
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Completo		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc.		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual?: (poner código) _____
		Si otra: Cual? _____		_____
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO				
1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		4. TRATAMIENTO ¹³¹ I: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		
Esquema: _____ No Ciclos ____		Dosis _____		
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _		Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _		
Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _		Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _		
4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		Cual? _____		
XI- 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: