

## VIAS DIGESTIVAS (ESÓFAGO-ESTÓMAGO-INTESTINO DELGADO)

### I-REMISIÓN

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

### II-ANAMNESIS

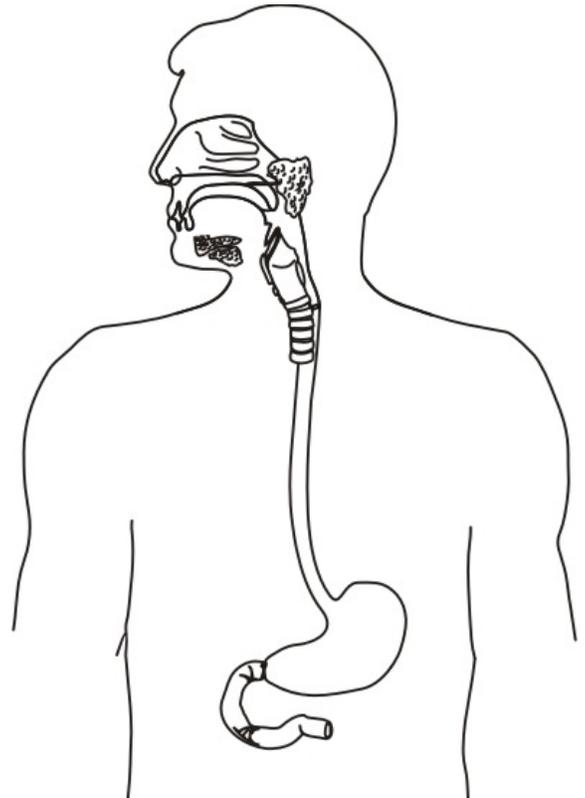
1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1. Dolor <input type="checkbox"/> 5. Tumor palpable <input type="checkbox"/> 9. Dispepsia <input type="checkbox"/> 2. Disfagia <input type="checkbox"/> 6. Pérdida de peso <input type="checkbox"/> 10. Melena <input type="checkbox"/> 3. Vómito <input type="checkbox"/> 7. Hematemesis <input type="checkbox"/> 11. Adenopatías	
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"/> <span style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Días</span> <span>Meses</span> <span>Años</span> </span>	

### III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Otro	2. PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Esófago de Barret <input type="checkbox"/> Esofagitis <input type="checkbox"/> Poliposis <input type="checkbox"/> Infección H. Pylori <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____
3. FAMILIARES DE CÁNCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido	Si afirmativo Cual(es) neoplasia(s): _____

### IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. HALLAZGOS CLÍNICOS <input type="checkbox"/> Tumor abdominal <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> Adenopatías <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Otros	
4. LOCALIZACIÓN ESÓFAGO    ESTÓMAGO    INTESTINO DELGADO <input type="checkbox"/> Tercio superior <input type="checkbox"/> Tercio superior <input type="checkbox"/> Duodeno <input type="checkbox"/> Tercio medio <input type="checkbox"/> Tercio medio <input type="checkbox"/> Yeyuno <input type="checkbox"/> Tercio inferior <input type="checkbox"/> Tercio inferior <input type="checkbox"/> Ileón	
6. EXTENSIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Esófago <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Mediastino <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Duodeno <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Otro	
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="radio"/> Indiferenciado <input type="radio"/> Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> No determinado <input type="radio"/> Poco diferenciado <input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Descono. <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología <input type="radio"/> Cirugía <input type="radio"/> Citogenética <input type="radio"/> Otras

**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 <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

**VII-TRATAMIENTO**

En otro centro	En la Institución	Tratamiento planificado:	Inclusión en EC
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No	<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) _____
<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Parcial	Si otra: Cual? _____	
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo		

**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:  __ __ __ / __ __ __ / __ __ __
Comentarios:	

Medico:	RP:	Firma:
---------	-----	--------