

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

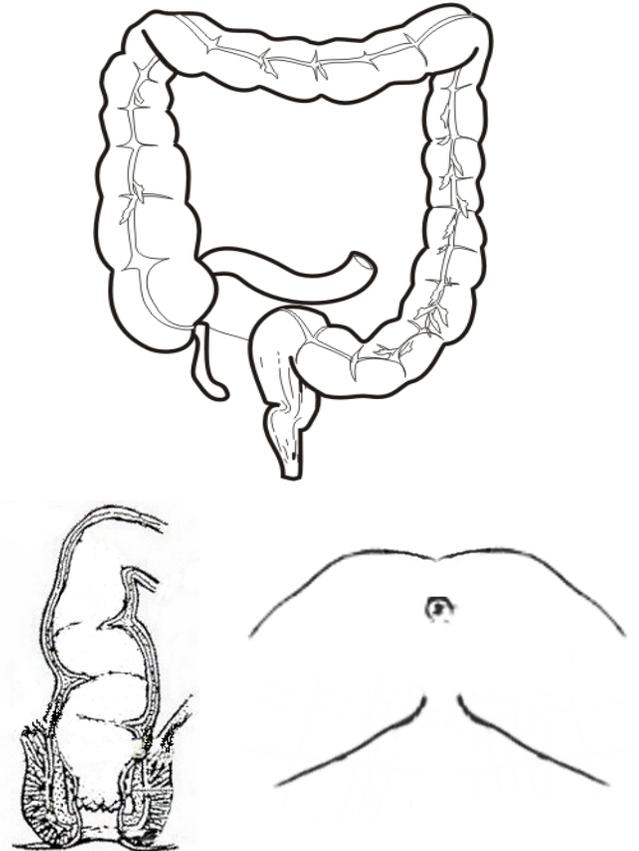
1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Dolor <input type="checkbox"/> 4.Tumor palpable <input type="checkbox"/> 7.Palidez <input type="checkbox"/> 2.Enterorragia <input type="checkbox"/> 5. Perdida de peso <input type="checkbox"/> 8.Adenopatías <input type="checkbox"/> 3.Diarreas <input type="checkbox"/> 6. Constipación <input type="checkbox"/> 9.Otros 2. PRIMER SÍNTOMA: _____ 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width:40px;" type="text"/> Días <input style="width:40px;" type="text"/> Meses <input style="width:40px;" type="text"/> Años	_____ _____ _____ _____ _____ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Otro 3. FAMILIARES DE CÁNCER DE COLON O RECTO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido	2.PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> Infección HPV <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Poliposis <input type="checkbox"/> Adenoma Velloso <input type="checkbox"/> Infección HIV Cual neoplasia: _____ 4. FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CÁNCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual neoplasia: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. HALLAZGOS CLÍNICOS COLON Y RECTO Ano <input type="checkbox"/> Tumor palpable <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Submucosa <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Nodular <input type="checkbox"/> Fija <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Otra <input type="checkbox"/> Movil 3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> mm 4.LOCALIZACIÓN COLON RECTO <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Colon transverso <input type="checkbox"/> Tercio superior <input type="checkbox"/> Apéndice <input type="checkbox"/> Colon descendente <input type="checkbox"/> Tercio medio <input type="checkbox"/> Colon ascendente <input type="checkbox"/> Colon sigmoideo <input type="checkbox"/> Tercio inferior ANO ADENOPATÍAS <input type="checkbox"/> Canal anal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cervicales <input type="checkbox"/> Margen anal <input type="checkbox"/> Inguinales <input type="checkbox"/> Otras EXTENCIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Canal anal <input type="checkbox"/> Tabique recto-vaginal <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Hueso sacro <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Próstata <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: <input style="width:100%;" type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	EDAD	RAZA
		FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa) <input style="width:100%;" type="text"/>

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	<input type="radio"/> Indiferenciado	<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Descono.
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado	<input type="radio"/> No determinado	<input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología
<input type="radio"/> Poco diferenciado	<input type="radio"/> No procede	<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"/> In situ <input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales
<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"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia
<input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IVb		<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:	
<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="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc.	
<input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Completo	Si otra: Cual? _____	
	Inclusión en EC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual?: (poner código) _____	
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: