MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ONCOLOGÍA
MODELO 68-21-02

PARTES BLANDAS

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

❑ No remitido ❑ Atención primaria ❑ Programa de control ❑ Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

❍ No ❍ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

❑ 1. Dolor
❑ 2. Aumento de volumen
❑ 3. Fiebre
❑ 4. Limitación funcional
❑ 5.Síntomas generales
❑ 6.Otro

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días	Meses	Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES

❑ Ninguno
❑ Exposición a Radiaciones
❑ Trauma región de la lesión
❑ Neoplasia maligna

Cual neoplasia: _____

2. FAMILIARES DE CÁNCER DE PARTES BLANDAS

❑ No ❑ Si ❑ Desconocido

3. FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CÁNCER

❑ No ❑ Si ❑ Desconocido

Cual(es)? _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS

❍ 1.Duro
❍ 2.Blando
❍ 3.Renitente
❍ 4.No procede

2. MOVILIDAD

❍ 1.Fijo
❍ 2.Movil
❍ 3.No procede

3.PRESENCIA DE ADENOPATÍAS REGIONALES

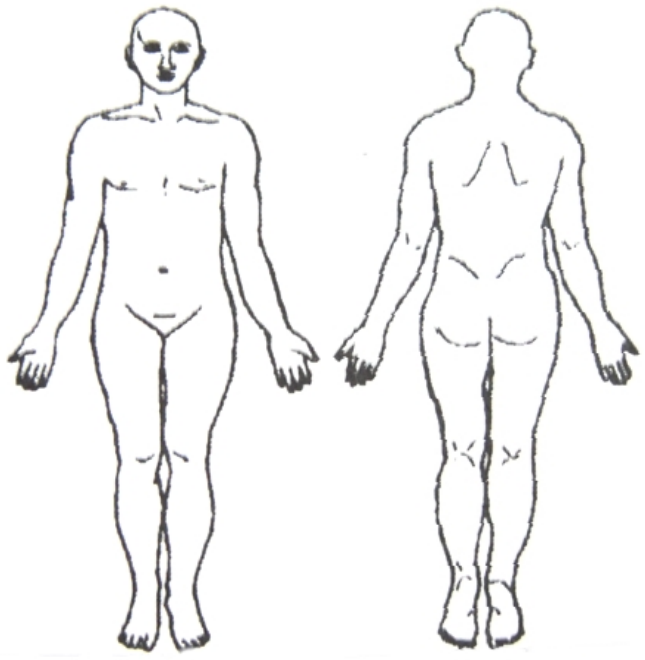
❍ Si
❍ No

4. TAMAÑO (DIÁMETRO MAYOR)

_____ mm

5. LOCALIZACIÓN:

❑ Tejidos blandos de la cara y la cabeza
❑ Tejidos blandos del cuello
❑ Tejidos blandos del hombro
❑ Tejidos blandos de los miembros superiores
❑ Tejidos blandos de la cadera
❑ Tejidos blandos de los miembros inferiores
❑ Tejidos blandos del abdomen
❑ Tejidos blandos de la pelvis
❑ Tejidos blandos del tronco
❑ No procede



5.PERFORMANCE STATUS ❍ 0 ❍ 1 ❍ 2 ❍ 3 ❍ 4

1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (ES)

NO. HISTORIA CLÍNICA	NO. CARNET DE IDENTIDAD:	SEXO	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)
	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|	❑ M ❑ F			|___|___|/|___|___|/|___|___|

V-COMPLEMENTARIOS

Exámenes de laboratorio

- ❑ Hemoglobina _____
- ❑ Eritrosedimentación _____
- ❑ Fosfatasa alcalina _____
- ❑ Calcio _____
- ❑ Fósforo _____
- ❑ Deshidrogenasa láctica _____
- ❑ Creatinfosfoquinasa _____

Imágenes	Pos.	Neg
❑ RNM lesión	❍	❍
❑ TAC	❍	❍
❑ Rayos X pulmón	❍	❍
❑ Ultrasonido	❍	❍

VI- ANATOMIA PATOLÓGICA

No. Biopsia: |___|___|___|___|___|___|___|___| Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Diagnostico Topografico:_____

Diagnostico Morfológico:_____

Diagnosticado en: _____

Marcadores	Pos	Neg
_____	❍	❍
_____	❍	❍
_____	❍	❍

Grado de diferenciación:

- ❍ Diferenciado
- ❍ Moderadamente diferenciado
- ❍ Poco diferenciado
- ❍ Indiferenciado
- ❍ No determinado
- ❍ No procede

Base del diagnóstico:

- ❍ E. Clínico
- ❍ Inv. Clínica
- ❍ Cirugía
- ❍ P. Bio. Inmunol
- ❍ Citología
- ❍ Citogenética
- ❍ Hematología
- ❍ Histología
- ❍ Otras
- ❍ Descono.

VII-ESTADIAMIENTO

TNM: T|_____| N |_____| M |_____|

pTNM: pT |_____| pN |_____| pM |_____|

Metástasis a distancia:

- ❑ Ninguna
- ❑ Hueso
- ❑ Pulmón Pleura
- ❑ Ganglios Dist
- ❑ Hígado
- ❑ Cerebro
- ❑ Ovario
- ❑ Piel y TCS
- ❑ Otras
- ❑ Desc.

Etapa Clínica:

- ❍ In Situ
- ❍ I
- ❍ Ia
- ❍ Ib
- ❍ Ic
- ❍ II
- ❍ IIa
- ❍ IIb
- ❍ IIc
- ❍ III
- ❍ IIIa
- ❍ IIIb
- ❍ IIIc
- ❍ IV
- ❍ IVa
- ❍ IVb
- ❍ IVc
- ❍ Desconocido
- ❍ No procede

Extensión clínica:

- ❍ In situ
- ❍ Localizado
- ❍ Extensión directa
- ❍ Linfático regionales
- ❍ Ext. directa y linf. regionales
- ❍ Metástasis a distancia
- ❍ No aplicable
- ❍ Desconocido

VIII-TRATAMIENTO

En otro centro

- ❍ No
- ❍ Parcial
- ❍ Completo

En la Institución

- ❍ No
- ❍ Parcial
- ❍ Completo

Tratamiento planificado:

- ❑ Ninguno
- ❑ Cirugía
- ❑ Radioterapia
- ❑ Quimioterapia
- ❑ Hormonoterapia
- ❑ Inmunoterapia
- ❑ Otra
- ❑ 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

❍ Neoadyuvante ❍ Adyuvante ❍ Rescate ❍ Otra

Esquema: _____ No Ciclos ___

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Fecha final: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

❍ Neoadyuvante ❍ Adyuvante ❍ Rescate ❍ Otra

Esquema: _____ No Ciclos ___

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Fecha final: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

4. OTRO TRATAMIENTO: ❍ No ❍ Si Cual? _____

XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Evaluación de la respuesta. ❍ RC ❍ RP ❍ EE ❍ EP ❍ No procede Fecha: |___|___|/|___|___|/|___|___|

Observaciones:

Medico:	RP:	Firma: