MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ONCOLOGÍA
MODELO 68-22-01

GINECOLOGIA
(UTERO)

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :
❑ No remitido ❑ Atención primaria ❑ Programa de control ❑ Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO
❍ No ❍ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA
❑1.Asintomática ❑ 5.Adenopatías ❑ 8.Fístula
❑2.Descarga vaginal ❑ 6.Sangramiento postcoito ❑ 9.Aumento volumen abdomen
❑3.Sangramiento
❑4.Dolor ❑ 7. Dispaneuria ❑ 10.Otros

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN [ ] Días [ ] Meses [ ] Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES REPRODUCTIVOS
a. Edad de la menarquía _____
b. Edad primeras relaciones sexuales _____
c. Edad primer embarazo _____
d. Número de embarazos _____
e. Número de parejas sexuales _____
e. Edad menopausia _____

2. PATOLÓGICOS PERSONALES Y DE RIESGO
❑ No ❑ Exposición radiaciones ❑ Neoplasia ginecológica
❑ HTA ❑ Infección HPV ❑ Ovario
❑ Diabetes ❑ Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) ❑ Cervix
❑ Obesidad ❑ Hiperplasia endometrial ❑ Mama
❑ Infertilidad ❑ Terapia hormonal
❑ Otra neoplasia Cual(es)?: _____

3. FAMILIARES DE CÁNCER GINECOLÓGICO
❑ Ninguno ❑ Ovario ❑ Cervix
❑ Endometrio ❑ Mama ❑ Desconocido

FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CANCER
❑ No ❑ Si ❑ Desconocido
Cual (es) neoplasia (S): _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN
❍ Vegetante ❍ Plana
❍ Infiltrante ❍ Submucosa
❍ Ulcero vegetante ❍ Nodular
❍ Ulcero infiltrante ❍ Otro

2. MOVILIDAD
❍ Móvil
❍ Disminuida
❍ Fijo

3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) [ ][ ][ ] mm

4.LOCALIZACIÓN
❑ Cuello sin especificar ❑ Labio posterior
❑ Canal endocervical ❑ Ambos labios
❑ Labio anterior ❑ Cuerpo útero

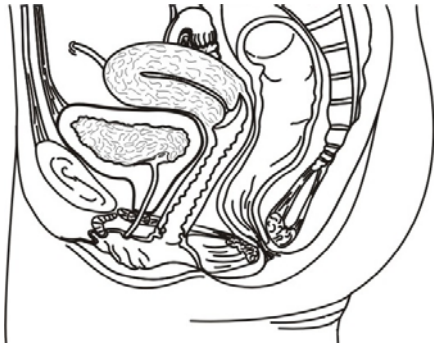
ADENOPATÍAS
❑ Inguinales
❑ Pélvicas
❑ Paraaorticas

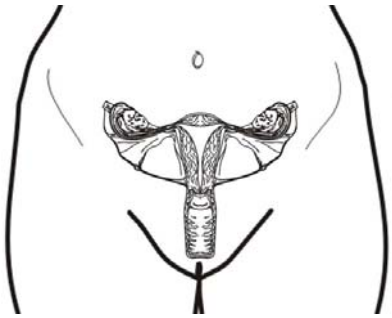
5. ESTADO DE LOS PARAMETRIOS

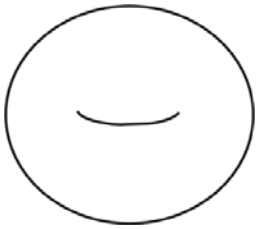
Derecho
❑ No infiltrado
❑ Infiltrado hasta tercio interno
❑ Infiltrado hasta tercio medio
❑ Infiltrado completo

Izquierdo
❑ No infiltrado
❑ Infiltrado hasta tercio interno
❑ Infiltrado hasta tercio medio
❑ Infiltrado completo

6.EXTENSIÓN CLÍNICA A:
❑ Localizado ❑ Anejos ❑ Fístula
❑ Vagina ❑ Pared pélvica ❑ Otros
❑ Cuello ❑ Vejiga ❑
❑ Cuerpo ❑ Recto ❑







7.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			|___|___|/|___|___|/|___|___|

8.DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO

V- ANATOMIA PATOLÓGICA

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

Diagnostico Topografico:_____

Diagnostico Morfológico:_____

Diagnosticado en: _____

Marcadores	Pos	Neg
❑ RE	❍	❍
❑ RP	❍	❍
_____	❍	❍

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

VI-ESTADIAMIENTO

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

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

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

VII-TRATAMIENTO

En otro centro
❍ No
❍ Parcial
❍ Completo

En la Institución
❍ No
❍ Parcial
❍ 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: ❍ No ❍ Si

Tipo de cirugía: _____

_____

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

2. TRATAMIENTO HORMONOTERAPIA: ❍ No ❍ Si

Cual?: _____

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

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

3.TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ❍ No ❍ Si

Tipo:_____

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

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

Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy

BRAQUITERAPIA: ❍ No ❍ Si

❍ Alta tasa de dosis ❍ Baja tasa de dosis

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

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

Dosis total_____ Gy Fracción _____Gy

3.TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: ❍ No ❍ Si

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) |___|___|/|___|___|/|___|___|

VIII- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

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

Observaciones:

Medico:	RP:	Firma: