

**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     6.Aumento volumen abdomen     11.Ascitis  
 2.Descarga vaginal     7.Presencia de tumor     12.Disnea  
 3.Sangramiento     8.Síntomas digestivos     13.Otros  
 4.Dolor     9.Síntomas urinarios  
 5.Adenopatías     10.Dispnea

2. PRIMER SÍNTOMA: \_\_\_\_\_

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días                      Meses                      Años

**III- ANTECEDENTES**

1. PERSONALES REPRODUCTIVOS

- a. Edad de la menarquía \_\_\_\_\_  
b. Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
c. Número de embarazos \_\_\_\_\_  
e. Edad menopausia \_\_\_\_\_

2. PATOLÓGICOS PERSONALES Y DE RIESGO

- No     Exposición radiaciones     Otra terapia hormonal     Neoplasia ginecológica  
 Diabetes     Infertilidad     Estrógenos     Endometrio  
 HTA     Uso estimulantes de la ovulación     Progestágeno     Ovario  
 Obesidad     Contraceptivo oral     Otra     Mama  
 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

- Dura     Regular  
 Renitente     Irregular  
 Mixta

MOVILIDAD

- Móvil  
 Disminuida  
 Fijo

2. TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)

mm

3. LOCALIZACIÓN

- Ovario derecho     Trompa derecha     Inguinales  
 Ovario izquierdo     Trompa izquierda     Pélvicas  
 Bilateral     Paraaorticas

4. HALLAZGOS ASOCIADOS

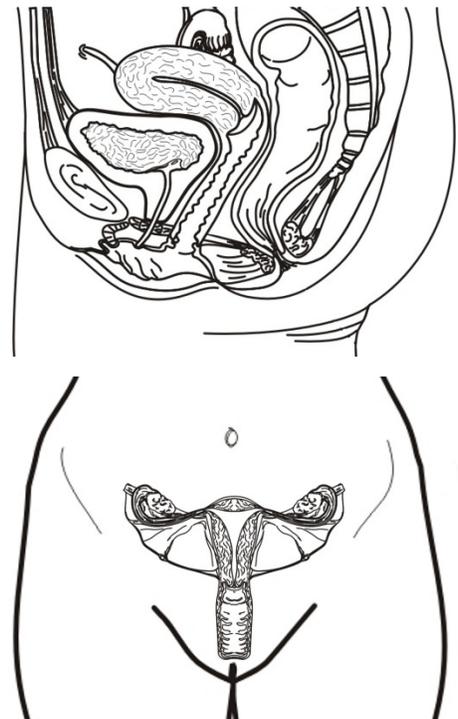
- Ascitis     Nódulos Fondo de sacos  
 Masa pélvica     Compresión del recto

5. EXTENSIÓN CLÍNICA A:

- Localizado     Peritoneo parietal     Epiplón  
 Útero     Peritoneo visceral     Colon  
 Vejiga     Intestino delgado     Otros  
 Recto     Capsula hepática  
 Otros tejidos pélvicos     Diafragma

7. PERFORMANCE STATUS

- 0     1     2     3     4



1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

NOMBRE (ES)

No. HISTORIA CLÍNICA

No. CARNET DE IDENTIDAD:

SEXO

- M  
 F

EDAD

RAZA

FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)

8. DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO	9. MARCADORES TUMORALES
	Marcador Valor
	<input type="checkbox"/> Ca-125 _____
	<input type="checkbox"/> $\alpha$ feto-proteína _____
	<input type="checkbox"/> $\beta$ -HCG _____

### 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"/> Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> Poco diferenciado	<input type="radio"/> Indiferenciado <input type="radio"/> No determinado <input type="radio"/> No procede
<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Cirugía	<input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Citogenética
	<input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Histología <input type="radio"/> Otras
	<input type="radio"/> Descono.

### 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"/> I <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> Ib	<input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> Linfático regionales
<input type="radio"/> Ic <input type="radio"/> II <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb	<input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales <input type="radio"/> Metástasis a distancia <input type="radio"/> No aplicable <input type="radio"/> Desconocido
<input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb	
<input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> IVb	
<input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> No procede	

### 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"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia	<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Desc.
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo	Si otra: Cual? _____	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:  __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _
Observaciones:	

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