

I-REMISIÓN

REMISIÓN : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de pesquizado <input type="checkbox"/> Atención secundaria <input type="checkbox"/> Otro	DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	--

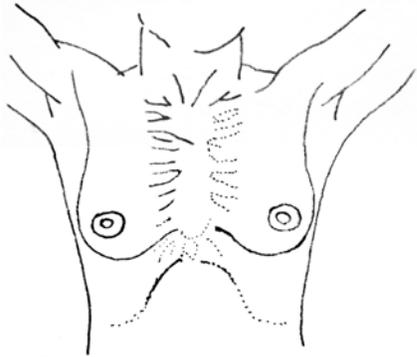
II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1. Presencia tumor <input type="checkbox"/> 5. Enrojecimiento <input type="checkbox"/> 5. Ulceración <input type="checkbox"/> 2. Dolor <input type="checkbox"/> 6. Adenopatía axilar <input type="checkbox"/> 8. Fijación a piel <input type="checkbox"/> 3. Secreción <input type="checkbox"/> 7. Aumento de volumen <input type="checkbox"/> 9. Otro (s) <input type="checkbox"/> 4. Retracción pezón 2. PRIMER SÍNTOMA (SEÑALE CODIGO): _____ 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"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Días Meses Años </div>	
---	--

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES REPRODUCTIVOS a. Edad de la Menarquía _____ b. Número de embarazos _____ c. Edad primer parto _____ d. Lactancia > 3 meses _____ e. Edad menopausia _____	2. PERSONALES PATOLOGÍA MAMARIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tumor Benigno <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> E. Fibroquística <input type="checkbox"/> Tumor Maligno <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	3. OTROS PERSONALES <input type="checkbox"/> Uso de contraceptivos hormonales. <input type="checkbox"/> Uso de terapia hormonal Cual?: _____ <input type="checkbox"/> Otro Tumor Cual?: _____
4. FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela Materna <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	5. FAMILIARES DE OTRO CÁNCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Endometrio <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	

IV- EXAMEN FÍSICO

6. PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 1. SIGNOS LOCALES <input type="checkbox"/> 1. Tumor <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Eritema <input type="checkbox"/> 2. Adenopatías axilares móviles <input type="checkbox"/> 3. Piel de Naranja <input type="checkbox"/> 3. Adenopatías axilares fijas <input type="checkbox"/> 4. Ulceración <input type="checkbox"/> 4. Adenopatías supraclaviales <input type="checkbox"/> 5. Modificación del pezón <input type="checkbox"/> 5. Adenopatías infraclaviculares <input type="checkbox"/> 6. Telorragia <input type="checkbox"/> 6. Edema Brazo <input type="checkbox"/> 7. Fijación a piel <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8. Fijación a planos profundos <input type="checkbox"/> 9. Otro 3. TAMAÑO (DIÁMETRO MAYOR) Cual (es)? _____ <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> mm 4. REGIÓN: <input type="radio"/> Mama Izquierda <input type="radio"/> Mama Derecha 5. LOCALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> Pezón <input type="checkbox"/> Prolongación axilar <input type="checkbox"/> Cuadrante Superior Externo <input type="checkbox"/> Porción central de la mama <input type="checkbox"/> Cuadrante Superior Interno <input type="checkbox"/> Mama sin especificar <input type="checkbox"/> Cuadrante Inferior Externo <input type="checkbox"/> Mama masculina <input type="checkbox"/> Cuadrante Inferior Interno	
--	---

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)

V- ANATOMIA PATOLÓGICA

No. Biopsia: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Receptores:	Pos	Neg
Diagnostico Topográfico: _____		<input type="checkbox"/> Her-2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostico Morfológico: _____		<input type="checkbox"/> RE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnosticado en: _____		<input type="checkbox"/> RP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="checkbox"/> Ki-67	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grado de diferenciación:	Base del diagnóstico:
<input type="radio"/> Diferenciado	<input type="radio"/> E. Clínico
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado	<input type="radio"/> P. Bio. Inmunol
<input type="radio"/> Poco diferenciado	<input type="radio"/> Inv. Clínica
<input type="radio"/> Indiferenciado	<input type="radio"/> Citología
<input type="radio"/> No determinado	<input type="radio"/> Hematología
<input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> Histología
	<input type="radio"/> Descono.
	<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"/> In situ
<input type="radio"/> Ic	<input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales
<input type="radio"/> IIc	<input type="radio"/> Localizado
<input type="radio"/> IIIc	<input type="radio"/> Metástasis a distancia
<input type="radio"/> IVc	<input type="radio"/> Extensión directa
<input type="radio"/> Desconocido	<input type="radio"/> No aplicable
<input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> Linfático regionales
<input type="radio"/> Desconocido	<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"/> Si
<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia	Cual?: (poner código)
		<input type="checkbox"/> Cirugía	_____
		<input type="checkbox"/> Quimioterapia	
		<input type="checkbox"/> Inmunoterapia	
		<input type="checkbox"/> Otra	
		<input type="checkbox"/> Desc.	
		Si otra: Cual? _____	

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	Tratamiento RT: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Tipo de cirugía: _____	Tipo: _____
Fecha: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _
	Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _
Tratamiento Quimioterapia: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy
<input type="checkbox"/> Adyuvante	Hormonoterapia: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
<input type="checkbox"/> Neoadyuvante	Cual? <input type="radio"/> TAM <input type="radio"/> IA <input type="radio"/> Otro
<input type="checkbox"/> Rescate	Cual? _____
<input type="checkbox"/> Otra	Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _
Esquema: _____ No Ciclos _____	Otro tratamiento: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Cual? _____
Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Adyuvante	
<input type="checkbox"/> Neoadyuvante	
<input type="checkbox"/> Rescate	
<input type="checkbox"/> Otra	
Esquema: _____ No Ciclos _____	
Fecha inicio: (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: _____