MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ONCOLOGÍA
MODELO 68-24-01

UROLOGÍA
(RIÑON, URETER, VEJIGA y URETRA)

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 Lumbar ❑ 6.Dolor abdominal ❑10. Dolor micción
❑ 2.Hematuria inicial ❑ 7.Polaquiuria ❑11. Adenopatía
❑ 3.Hematuria final ❑ 8. Interrupción del choro ❑12. Otro
❑4.Hematuria total
❑5.Tumor ❑ 9. Tenesmo vesical

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

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

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES

❑ Ninguno ❑ Ingestión de alcohol ❑ Hematuria
❑ Tabaquismo ❑ Hipertensión arterial ❑ Trauma
❑ Neoplasia maligna

Cual neoplasia: _____

3. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

❑ 1.Ninguno ❑ 3.Madre ❑ Desconocido
❑ 2.Padre ❑ 4.Otro familiar

Cual neoplasia: _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS LOCALES
❑ Tumor abdominal
❑ Tumor pélvico

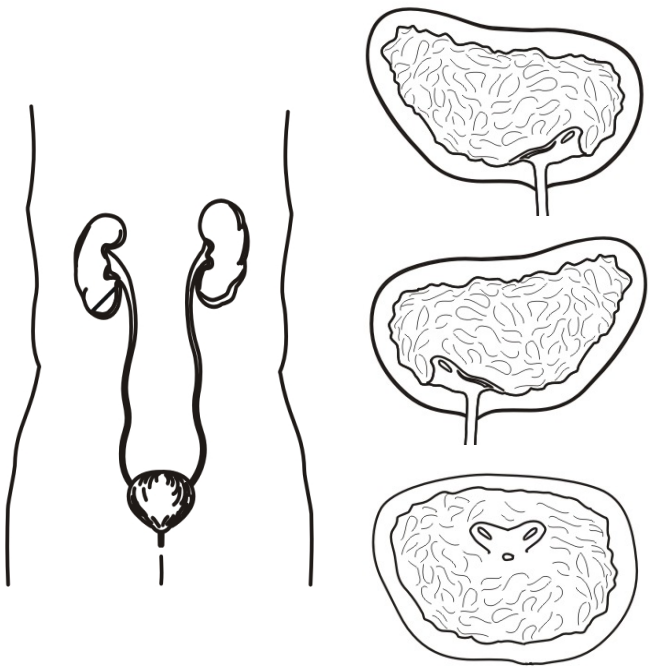
2. MOVILIDAD
❑ 1.Fijo
❑ 2.Móvil

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

4.LOCALIZACIÓN

❑ Riñón derecho ❑ Vejiga
❑ Riñón izquierdo ❑ Uréter derecho
❑ Pelvis renal izquierda ❑ Uréter izquierdo
❑ Pelvis renal derecha ❑ Uretra

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

Marcadores Tumorales		Exámenes para evaluación	Pos	Neg		Pos.	Neg
❑Creatinina	_____	❑ Cistoscopia	❍	❍	❑ Ultrasonido	❍	❍
❑Aclaramiento creatinina	_____	❑ Urograma descendente	❍	❍	❑ Rayos X tórax	❍	❍
❑	_____	❑ TAC abdomen y pelvis	❍	❍		❍	❍

VI- ANATOMIA PATOLÓGICA

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

Diagnostico Topografico:_____

Diagnostico Morfológico:_____

Diagnosticado en: _____

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

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

VII-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

VIII-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: ❍ 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

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

XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

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

Observaciones:

Medico:	RP:	Firma: