

I-REMISIÓN

REMITIDO POR : <input type="checkbox"/> No remitido <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de control <input type="checkbox"/> Atención secundaria	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
---	--

II-ANAMNESIS

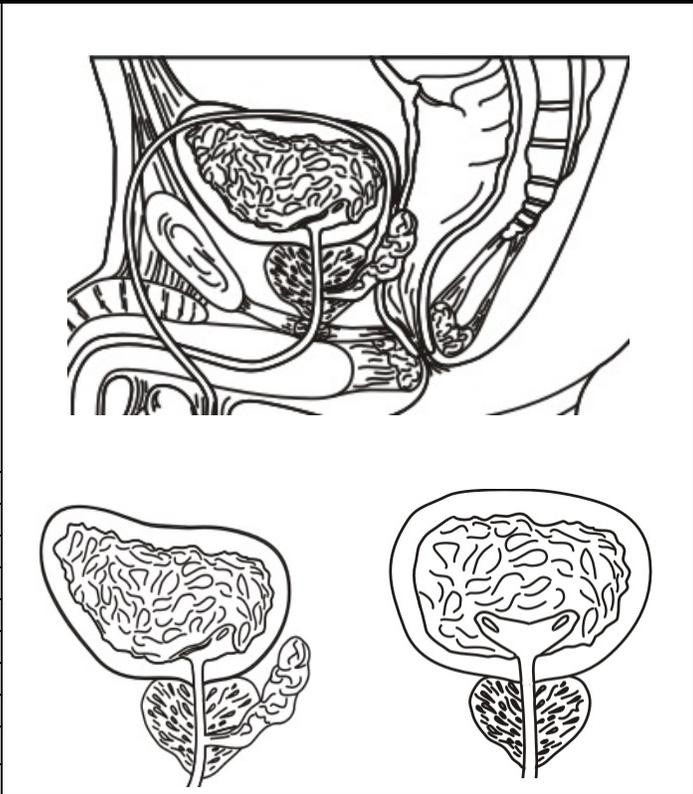
1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Polaquiuria nocturna <input type="checkbox"/> 4.Hematuria <input type="checkbox"/> 7.Adenopatías <input type="checkbox"/> 2.Retención urinaria <input type="checkbox"/> 5.Dolor óseo <input type="checkbox"/> 8.Otro <input type="checkbox"/> 3.Disuria <input type="checkbox"/> 6.Hemospermia 2. PRIMER SÍNTOMA: _____ 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 <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ingestión de alcohol <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Sepsis urinaria <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____	2. FAMILIARES DE CÁNCER DE PRÓSTATA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido 3. FAMILIARES DE OTRA NEOPLASIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual neoplasia: _____
--	---

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS LOCALES <table style="width:100%; font-size: small;"> <tr> <th>CONSISTENCIA</th> <th>SUPERFICIE</th> <th>LIMITES</th> <th>MOVILIDAD</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Blanda</td> <td><input type="radio"/> Regular</td> <td><input type="radio"/> Bien definidos</td> <td><input type="radio"/> Fijo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Dura</td> <td><input type="radio"/> Irregular</td> <td><input type="radio"/> Mal definidos</td> <td><input type="radio"/> Móvil</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Pétreo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> GRADO <input type="radio"/> Grado 1 <input type="radio"/> Grado 3 <input type="radio"/> Grado 2 <input type="radio"/> Grado 4	CONSISTENCIA	SUPERFICIE	LIMITES	MOVILIDAD	<input type="radio"/> Blanda	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Bien definidos	<input type="radio"/> Fijo	<input type="radio"/> Dura	<input type="radio"/> Irregular	<input type="radio"/> Mal definidos	<input type="radio"/> Móvil	<input type="radio"/> Pétreo				2.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <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.ADENOPATÍAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ilíacas <input type="checkbox"/> Inguinales <input type="checkbox"/> Otras
CONSISTENCIA	SUPERFICIE	LIMITES	MOVILIDAD														
<input type="radio"/> Blanda	<input type="radio"/> Regular	<input type="radio"/> Bien definidos	<input type="radio"/> Fijo														
<input type="radio"/> Dura	<input type="radio"/> Irregular	<input type="radio"/> Mal definidos	<input type="radio"/> Móvil														
<input type="radio"/> Pétreo																	



5.PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--

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-COMPLEMENTARIOS							
1.LABORATORIO		2.OTROS ESTUDIOS		Pos	Neg	Pos.	Neg
<input type="checkbox"/> PSA _____		<input type="checkbox"/> Ultrasonido transrectal		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Fosfatasa ácida prostática _____		<input type="checkbox"/> TAC abdomen y pelvis		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina _____		<input type="checkbox"/> Rayos X tórax		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VI- 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"/> Indiferenciado				
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado			<input type="radio"/> No determinado				
<input type="radio"/> Poco diferenciado			<input type="radio"/> No procede				
<input type="radio"/> E. Clínico			<input type="radio"/> P. Bio. Inmunol				
<input type="radio"/> Inv. Clínica			<input type="radio"/> Citología				
<input type="radio"/> Cirugía			<input type="radio"/> Citogenética				
<input type="radio"/> Hematología			<input type="radio"/> Descono.				
<input type="radio"/> Histología			<input type="radio"/> Otras				
VII-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"/> Ic <input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IVc			<input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales				
<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Desconocido			<input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia				
<input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> No procede			<input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> No aplicable				
<input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IVb			<input type="radio"/> Linfático regionales <input type="radio"/> Desconocido				
VIII-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"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="radio"/> Parcial		<input type="radio"/> Parcial		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc.		Cual?: (poner código)	
<input type="radio"/> Completo		<input type="radio"/> Completo		Si otra: Cual? _____		_____	
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO							
1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si			2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <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) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
			Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy				
3. HORMONOTERAPIA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si			4. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si				
<input type="checkbox"/> Castración <input type="checkbox"/> BMA <input type="checkbox"/> B. Androgénico <input type="checkbox"/> Otro			Esquema: _____ No Ciclos ____				
Cual (es)? _____			Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _			Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _							
OTRO TRATAMIENTO: Cual? _____							
XI- 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:		