

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: <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		Base del diagnóstico: <input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Descono. <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología <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: <input type="radio"/> In Situ <input type="radio"/> Ic <input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> No procede <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IVb	Extensión clínica: <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales <input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia <input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> No aplicable <input type="radio"/> Linfático regionales <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"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual?: (poner código) _____
<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Parcial	Si otra: Cual? _____	
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo		

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Tipo de cirugía: _____ Fecha: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Tipo: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy
3. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Cual? _____ 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: