

**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.Leucocoria <input type="checkbox"/> 6.Enrojecimiento ocular <input type="checkbox"/> 11. Anisocoria <input type="checkbox"/> 2.Estrabismo <input type="checkbox"/> 7. Midriasis parálitica <input type="checkbox"/> 12. Hifema <input type="checkbox"/> 3.Lagrimo <input type="checkbox"/> 8. Nódulos en el iris <input type="checkbox"/> 13.Otros <input type="checkbox"/> 4.Glaucoma <input type="checkbox"/> 9. Endoftalmitis <input type="checkbox"/> 5.Exoftalmos <input type="checkbox"/> 10. Ptisis bulbi	
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;"> <span>Días</span> <span>Meses</span> <span>Años</span> </div>	

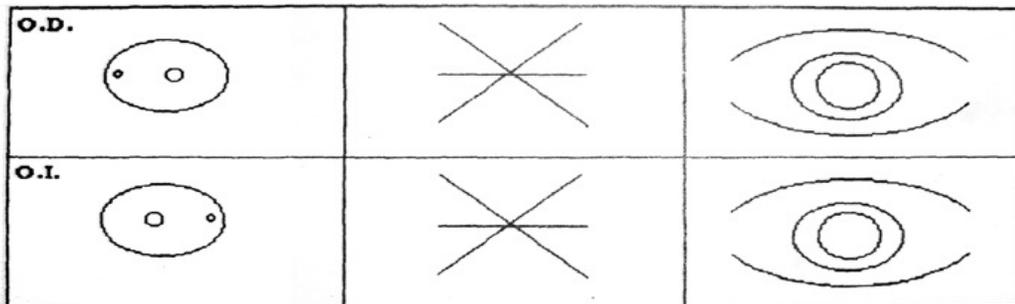
**III- ANTECEDENTES**

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Exposición a radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias químicas <input type="checkbox"/> Uso de quimioterapia <input type="checkbox"/> Padres edad avanzada <input type="checkbox"/> Madre expuesta a quimioterapia <input type="checkbox"/> Madre expuesta a radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Madre expuesta a sustancias químicas	2.PATOLÓGICOS PERSONALES <input type="checkbox"/> Hemihipertrofia <input type="checkbox"/> Aniridia <input type="checkbox"/> Infección citomegalovirus <input type="checkbox"/> Anemia de Fanconi <input type="checkbox"/> Síndrome neurocutáneo <input type="checkbox"/> Albinismo <input type="checkbox"/> Síndrome Bloch-Sulzbnegr <input type="checkbox"/> Retraso mental <input type="checkbox"/> Xeroderma pigmentoso <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Heterocromia del iris <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Síndrome de Down Cual neoplasia: _____	3. FAMILIARES RETINOBLASTOMA <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Familiar</td> <td style="text-align: center;">Bilateral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Madre</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padre</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro familiar</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desconocido</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Familiar	Bilateral	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="radio"/>
Familiar	Bilateral													
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Otro familiar	<input type="radio"/>													
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="radio"/>													

4.GEMELARIDAD <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Homocigótico <input type="checkbox"/> Heterocigótico <input type="checkbox"/> No definido	5.SÍNDROMES GENÉTICOS HEREDITARIOS <input type="checkbox"/> Hamartomatosis <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia primaria <input type="checkbox"/> No precisado <input type="checkbox"/> Síndrome neurocutaneo <input type="checkbox"/> Xeroderma pigmentoso <input type="checkbox"/> Otros Cual?: _____	6.FAMILIARES DE CANCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual(es): _____
--	--	---

**IV- EVALUACIÓN CLÍNICA**

1. CARACTERÍSTICAS <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Ulcero vegetante	2. REGIÓN <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo <input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Bilateral	3. LOCALIZACIÓN <input type="checkbox"/> Retina <input type="checkbox"/> Ora serrata <input type="checkbox"/> Vecino nervio óptico <input type="checkbox"/> Limbo esclerocorneal	4.ADENOPATÍA REGIONAL <input type="radio"/> Homolateral <input type="radio"/> Contralateral <input type="radio"/> Bilateral
4.SIGNOS FÍSICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leucocoria <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Heterocromía del iris <input type="checkbox"/> Rubiosis iris <input type="checkbox"/> Hifema	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Papiledema <input type="checkbox"/> Pseudohipopión <input type="checkbox"/> Pérdida de reflejo del FO total <input type="checkbox"/> Pérdida de reflejo del FO parcial <input type="checkbox"/> Hemorragia cámara anterior	<input type="checkbox"/> Hemorragia retina <input type="checkbox"/> Hemorragia vítrea <input type="checkbox"/> Desprendimiento retina <input type="checkbox"/> Reacción cilio conjuntival <input type="checkbox"/> Vasos de neoformación <input type="checkbox"/> Tumor palpable	5. EXTENCIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Nervio óptico <input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Parálisis muscular <input type="checkbox"/> Otro
6.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)

AGUDEZA VISUAL		TAMAÑO DE LA LESIÓN		OTROS ESTUDIOS	
Ojo derecho		Ojo derecho (mm)	Ojo Izquierdo (mm)		
<input type="text"/>					
Ojo izquierdo					
<input type="text"/>					

### 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"/> E. Clínico <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Cirugía
<input type="radio"/> Indiferenciado <input type="radio"/> No determinado <input type="radio"/> No procede	<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

### VI-ESTADIAMIENTO

TNM: T __  N __  M __	Metástasis a distancia:
pTNM: pT __  pN __  pM __	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Hueso
	<input type="checkbox"/> Pulmón Pleura <input type="checkbox"/> Ganglios Dist
	<input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Cerebro
	<input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Piel y TCS
	<input type="checkbox"/> Otras <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"/> IIIc <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb	
<input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> IVb	
<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"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> Parcial	<input type="radio"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Cual?: (poner código)
<input type="radio"/> Completo	<input type="radio"/> Completo	<input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia	_____
		<input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Desc.	
		Si otra: Cual? _____	

### DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	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
1.1 FOTOCUAGULACIÓN <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	3. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Fecha : (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __	Esquema: _____ No Ciclos ____
1.2 CRIOTERAPIA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __
Fecha : (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __	Fecha final: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __
4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __
Cual: _____	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:  __ __ / __ __ / __ __
Comentarios:	
Medico:	RP:
	Firma: