

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
---	--

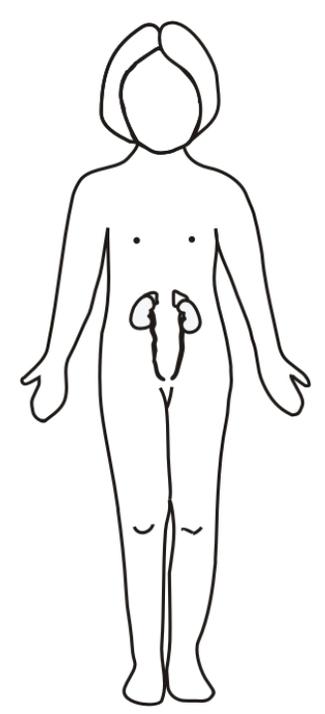
II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Dolor óseo <input type="checkbox"/> 5.Pérdida de peso ≥ 10% <input type="checkbox"/> 9. Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> 2.Fiebre <input type="checkbox"/> 6. Exoftalmos <input type="checkbox"/> 10.Secreción nasal <input type="checkbox"/> 3.Astenia <input type="checkbox"/> 7. Distensión abdominal <input type="checkbox"/> 11.Diarrea crónica <input type="checkbox"/> 4.Tumor <input type="checkbox"/> 8.Déficit motor <input type="checkbox"/> 12.Otro.	
2. PRIMER SÍNTOMA: _____	
3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Días Meses Años </div>	

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Exp. radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Exp. a sustancias químicas <input type="checkbox"/> Uso quimioterapia	Exposición Intraútero <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Psicofármacos <input type="checkbox"/> Hormonas <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Tintes para cabello	2.PATOLÓGICOS PERSONALES <input type="checkbox"/> Megacolon agangliónico <input type="checkbox"/> Síndrome de Horner <input type="checkbox"/> Síndrome opsomioclonos <input type="checkbox"/> Síndrome de secreción de VIP Cual neoplasia: _____
3. FAMILIARES NEUROBLASTOMA <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Desconocido		
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"/> Síndrome neurocutáneo Cual?: _____	6.FAMILIARES DE CANCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual(es): _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. SIGNOS FÍSICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Tumor Abdominal <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Exoftalmos <input type="checkbox"/> Diarrea crónica <input type="checkbox"/> Edema periorbitario <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Sínd. compresión medular <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal unilateral <input type="checkbox"/> Sínd. compresión cava sup. <input type="checkbox"/> Pseudo enfermedad de Perthes <input type="checkbox"/> Nódulo subcutáneo <input type="checkbox"/> Signos motores <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Otros	
3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> mm	
4.LOCALIZACIÓN <input type="checkbox"/> Suprarrenal izquierda <input type="checkbox"/> Región pre-sacra <input type="checkbox"/> Suprarrenal derecha <input type="checkbox"/> Mediastino <input type="checkbox"/> Órgano de Zuckerkadl <input type="checkbox"/> Canal medular <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Otros	
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: <input style="width:100%;" type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa) <input style="width:100%;" type="text"/>
----------------------	--	--	------	------	--

MARCADORES SÉRICOS	
Enolasa neuroespecífica	_____
Deshidrogenasa láctica	_____
Catecolaminas	_____

V- ANATOMIA PATOLÓGICA

No. Biopsia: __ __ __ __ __ __ __ __	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Marcadores	Pos	Neg
Diagnostico Topografico: _____		N-myc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostico Morfológico: _____		Del 1p	<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"/> Indiferenciado <input type="radio"/> No determinado <input type="radio"/> No procede
	<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Cirugía
	<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
	<input type="radio"/> Descono.

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"/> IIc <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb	
<input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> IVb	
<input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> IVs <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> No procede	

VII-TRATAMIENTO

Grupo de riesgo	Tratamiento en la Institución	Tratamiento planificado:	Inclusión en EC
<input type="radio"/> Bajo <input type="radio"/> Intermedio <input type="radio"/> Alto	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Desc.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual?: (poner código) _____
		Si otra: Cual? _____	

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	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
3. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
Esquema: _____ No Ciclos ____	Cual? _____
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Fecha final: (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: __ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Comentarios:	

Medico:	RP:	Firma:
---------	-----	--------