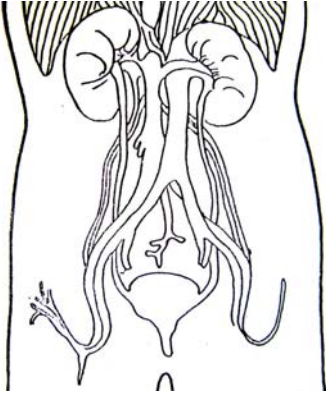


I-REMISIÓN									
REMITIDO POR : ☐ No remitido ☐ Atención primaria ☐ Programa de control ☐ Atención secundaria							DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO ☐ No ☐ Si		
II-ANAMNESIS									
1. MOTIVO DE CONSULTA ☐ 1.Hematuria ☐ 4.Dolor ☐ 7. Hipertensión arterial ☐ 2.Astenia ☐ 5.Tumor abdominal ☐ 8.Disnea ☐ 3.Fiebre ☐ 6.Perdida de peso ☐ 9.Otros									
2. PRIMER SÍNTOMA: _____									
3. TIEMPO DE APARICIÓN									
Días Meses Años									
III- ANTECEDENTES									
1. PERSONALES DE RIESGO ☐ Ninguno ☐ Exposición a radiaciones ionizantes ☐ Exposición a sustancias químicas ☐ Uso de quimioterapia ☐ Madre expuesta a quimioterapia ☐ Madre expuesta a radiaciones ionizantes ☐ Madre expuesta a sustancias químicas			2.PATOLÓGICOS PERSONALES ☐ Hemihipertrofia ☐ Aniridia ☐ Síndrome neurocutáneo ☐ Síndrome de Beckwith Wideman ☐ Síndrome D. Drash ☐ Síndrome de WARG ☐ Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____			3. FAMILIARES TUMOR DE WILMS ☐ Ninguno ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro familiar ☐ Desconocido			
4.GEMELARIDAD ☐ No ☐ Heterocigótico ☐ Homocigótico ☐ No definido			5.SÍNDROMES GENÉTICOS HEREDITARIOS ☐ Hamartomatosis ☐ Síndrome neurocutaneo ☐ Inmunodeficiencia primaria			6.FAMILIARES DE CANCER ☐ No ☐ Si ☐ Desconocido Cual(es): _____			
IV- EVALUACIÓN CLÍNICA									
1. SIGNOS FÍSICOS ☐ Ninguno ☐ Aniridia ☐ Tumor abdominal ☐ Hipospadia ☐ Hepatomegalia ☐ Onfalocele ☐ Hipertensión arterial ☐ Otras malformaciones ☐ Hemihipertofía ☐ Otros			2.EDAD ☐ < 24 meses ☐ ≥ 24 meses		 				
3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)			mm						
4.LOCALIZACIÓN ☐ Riñón derecho ☐ Bilateral ☐ Riñón izquierdo ☐ Ectópico									
5.Hallazgos ☐ Trombosis vasos renales ☐ Enfermedad diseminada abdominal ☐ Adenopatías regionales ☐ Otros									
6.PERFORMANCE STATUS			☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4						
1ER APELLIDO			2DO APELLIDO			NOMBRE (ES)			
No. HISTORIA CLÍNICA		No. CARNET DE IDENTIDAD:			SEXO ☐ M ☐ F	EDAD	RAZA	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)	

8.DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO						
V-ANATOMIA PATOLÓGICA						
No. Biopsia:	_ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _	Marcadores	Pos	Neg
Diagnostico Topografico:					☐	☐
Diagnostico Morfológico:					☐	☐
Diagnosticado en:					☐	☐
Grado de diferenciación: ☐ Diferenciado ☐ Moderadamente diferenciado ☐ Poco diferenciado		Base del diagnóstico: ☐ E. Clínico ☐ P. Bio. Inmunol ☐ Hematología ☐ Descono. ☐ Indiferenciado ☐ No determinado ☐ Inv. Clínica ☐ Citología ☐ Histología ☐ No procede ☐ Cirugía ☐ Citogenética ☐ Otras				
VI-ESTADIAMIENTO						
TNM: T _ _ _ N _ _ _ M _ _ _	Metástasis a distancia: ☐ Ninguna ☐ Pulmón Pleura ☐ Hígado ☐ Ovario ☐ Otras ☐ pTNM: pT _ _ _ pN _ _ _ pM _ _ _ ☐ Hueso ☐ Ganglios Dist ☐ Cerebro ☐ Piel y TCS ☐ Desc.					
Etapa Clínica: ☐ In Situ ☐ Ic ☐ IIc ☐ IIIc ☐ IVc ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ Ia ☐ IIa ☐ IIIa ☐ IVa ☐ Desconocido ☐ Ib ☐ IIb ☐ IIIb ☐ IVb ☐ No procede				Extensión clínica: ☐ In situ ☐ Ext. directa y linf. regionales ☐ Localizado ☐ Metástasis a distancia ☐ Extensión directa ☐ No aplicable ☐ Linfático regionales ☐ Desconocido		
VII-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) _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
VIII- RESPUESTA AL TRATAMIENTO						
Evaluación de la respuesta. ☐ RC ☐ RP ☐ EE ☐ EP ☐ No procede Fecha: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _						
Comentarios: 						
Medico:			RP:		Firma:	