

**CABEZA Y CUELLO
(FARINGE)**

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

☐ No remitido ☐ Atención primaria ☐ Programa de control ☐ Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

☐ No ☐ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

☐ 1.Aparición de lesión ☐ 4.Dolor ☐ 7. Disfagia
☐ 2.Secreción nasal ☐ 5.Odinofagia ☐ 8. Disnea
☐ 3.Nódulo cervical ☐ 6.Sangramiento ☐ 9.Otro

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días

Meses

Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO

☐ Ninguno ☐ Ingestión bebidas alcohólicas
☐ Tabaquismo ☐ Trauma región de la lesión
☐ Exposición a irritantes ☐ Otro

2.PERSONALES PATOLÓGICOS

☐ Ninguno ☐ Infección EBV ☐ Infección crónica
☐ Leucoplasias ☐ Tuberculosis ☐ Pólipo faríngeo
☐ Papilomas ☐ ETS ☐ Neoplasia maligna

Cual neoplasia: _____

3. FAMILIARES DE CÁNCER

☐ 1.No ☐ Si ☐ Desconocido Si afirmativo: Cual (es) neoplasia (S): _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

☐ Vegetante ☐ Necrosante
☐ Infiltrante ☐ Plana
☐ Ulcero vegetante ☐ Submucosa
☐ Ulcero infiltrante ☐ Nodular

2. REGIÓN

☐ Derecha
☐ Central
☐ Izquierda

3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)

mm

4.LOCALIZACIÓN

MESOFARINGE

☐ Amígdala ☐ Úvula ☐ Unión de la orofaringe
☐ Fosa amigdalina ☐ Base de lengua ☐ Pared lateral
☐ Pilar anterior ☐ Valécula epiglótica orofaringe
☐ Pilar posterior ☐ Cara anterior ☐ Pared posterior
☐ Paladar blando epiglottis orofaringe

HIPOFARINGE

☐ Seno piriforme completo ☐ Pared posterior
☐ Seno piriforme pared lateral ☐ Región postcricoidea
☐ Seno piriforme pared medial

NASOFARINGE

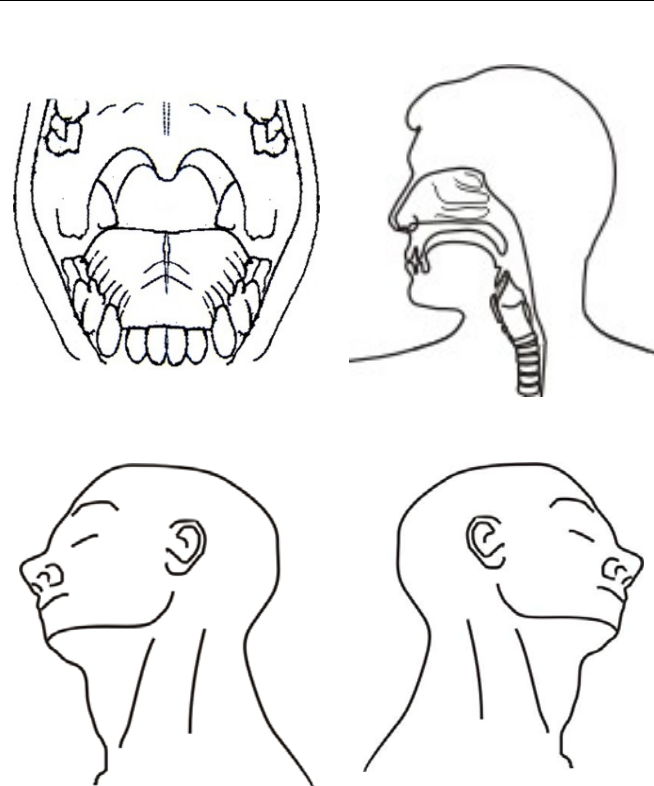
☐ Pared posterosuperior ☐ Pared inferior
☐ Pared inferoanterior ☐ Pared lateral
☐ Pared lateral

5. ADENOPATÍAS CERVICALES

Derecho Izquierdo
☐ No ☐ N-III ☐ No ☐ N-III
☐ N-I ☐ N-IV ☐ N-I ☐ N-IV
☐ N-II ☐ N-V ☐ N-II ☐ N-V

6.EXTENSIÓN CLÍNICA A:

☐ No ☐ Base cráneo ☐ Hipofaringe ☐ Seno esfenoidal
☐ Laringe ☐ Fosa nasal ☐ Nasofaringe ☐ Hueso
☐ Esófago ☐ Cavidad oral ☐ Mesofaringe ☐ Otra



7.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:		Base del diagnóstico:			
☐ Diferenciado ☐ Indiferenciado		☐ E. Clínico ☐ P. Bio. Inmunol ☐ Hematología ☐ Descono.			
☐ Moderadamente diferenciado ☐ No determinado		☐ Inv. Clínica ☐ Citología ☐ Histología			
☐ Poco diferenciado ☐ No procede		☐ Cirugía ☐ Citogenética ☐ Otras			
VI-ESTADIAMIENTO					
TNM: T _ _ _ N _ _ _ M _ _ _	Metástasis a distancia:				
pTNM: pT _ _ _ pN _ _ _ pM _ _ _	☐ Ninguna ☐ Pulmón Pleura ☐ Hígado ☐ Ovario ☐ Otras				
Etapa Clínica:			☐ Hueso ☐ Ganglios Dist ☐ Cerebro ☐ Piel y TCS ☐ Desc.		
☐ In Situ ☐ Ic ☐ IIc ☐ IIIc ☐ IVc			Extensión clínica:		
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Desconocido			☐ In situ ☐ Ext. directa y linf. regionales		
☐ Ia ☐ IIa ☐ IIIa ☐ IVa ☐ No procede			☐ Localizado ☐ Metástasis a distancia		
☐ Ib ☐ IIb ☐ IIIb ☐ IVb			☐ Extensión directa ☐ No aplicable		
			☐ Linfático regionales ☐ Desconocido		
VII-TRATAMIENTO					
En otro centro	En la Institución	Tratamiento planificado:			Inclusión en EC
☐ No	☐ No	☐ Ninguno ☐ Radioterapia ☐ Hormonoterapia ☐ Otra			☐ Si ☐ No
☐ Parcial	☐ Parcial	☐ Cirugía ☐ Quimioterapia ☐ Inmunoterapia ☐ Desc.			Cual?: (poner código)
☐ Completo	☐ Completo	Si otra: Cual? _____			_____
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO					
1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: ☐ Si ☐ No			2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ☐ Si ☐ 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: ☐ Si No			4. OTRO TRATAMIENTO: ☐ No ☐ 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.	☐ RC ☐ RP ☐ EE ☐ EP ☐ No procede	Fecha: _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _			
Observaciones:					
Medico:		RP:		Firma:	