

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :	DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO
<input type="checkbox"/> No remitido <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de control <input type="checkbox"/> Atención secundaria	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si

II-ANAMNESIS

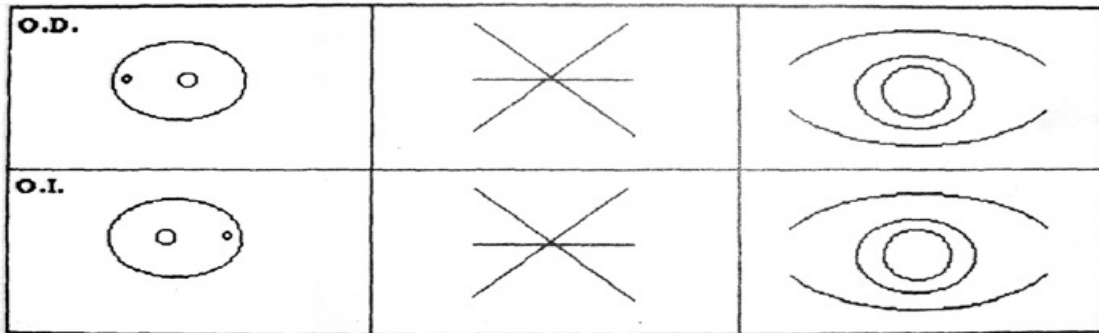
<p>1. MOTIVO DE CONSULTA</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.Dolor ocular</td> <td>7. Sangramiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Disminución de la visión</td> <td>8. Secreción ocular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3.Aparición de lesión</td> <td>9.Aumento de volumen del ojo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4.Diplopía</td> <td>10.Exoftalmos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5.Lagrimo</td> <td>11.Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6.Desplazamiento del ojo</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. PRIMER SÍNTOMA: _____</p> <p>3. TIEMPO DE APARICIÓN</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Días</td> <td style="text-align: center;">Meses</td> <td style="text-align: center;">Años</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1.Dolor ocular	7. Sangramiento	<input type="checkbox"/> 2. Disminución de la visión	8. Secreción ocular	<input type="checkbox"/> 3.Aparición de lesión	9.Aumento de volumen del ojo	<input type="checkbox"/> 4.Diplopía	10.Exoftalmos	<input type="checkbox"/> 5.Lagrimo	11.Otro	<input type="checkbox"/> 6.Desplazamiento del ojo					Días	Meses	Años	
<input type="checkbox"/> 1.Dolor ocular	7. Sangramiento																		
<input type="checkbox"/> 2. Disminución de la visión	8. Secreción ocular																		
<input type="checkbox"/> 3.Aparición de lesión	9.Aumento de volumen del ojo																		
<input type="checkbox"/> 4.Diplopía	10.Exoftalmos																		
<input type="checkbox"/> 5.Lagrimo	11.Otro																		
<input type="checkbox"/> 6.Desplazamiento del ojo																			
Días	Meses	Años																	

III- ANTECEDENTES

<p>1. PERSONALES</p> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Trauma región de la lesión <input type="checkbox"/> Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____	<p>2. FAMILIARES DE CÁNCER</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desconocido Cual neoplasia: _____
---	--

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

<p>1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN</p> <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Ulcero infiltrante	<p>2. REGIÓN</p> <input type="checkbox"/> Ojo Derecho <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo	<p>3.LOCALIZACIÓN</p> <input type="checkbox"/> Párpados <input type="checkbox"/> Iris <input type="checkbox"/> Nervio óptico <input type="checkbox"/> Conjuntiva <input type="checkbox"/> Coroide <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Cuerpo ciliar <input type="checkbox"/> Retina <input type="checkbox"/> Glándula lagrimal																															
<p>4.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) mm</p>																																	
<p>5. SIGNOS FÍSICOS LOCALES</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> <td><input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina</td> <td><input type="checkbox"/> Thrill</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infiltración de córnea</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragia cámara anterior</td> <td><input type="checkbox"/> Reacción conjuntival</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infiltración de esclera</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragia del vítreo</td> <td><input type="checkbox"/> Hipopion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo total</td> <td><input type="checkbox"/> Hemorragia retina</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión blanca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo parcial</td> <td><input type="checkbox"/> Papiledema</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión roja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leucocoria</td> <td><input type="checkbox"/> Parálisis muscular</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión oscura</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Exoftalmo</td> <td><input type="checkbox"/> Vasos neoformación</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Soplo</td> <td><input type="checkbox"/> Perforación</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Thrill	<input type="checkbox"/> Infiltración de córnea	<input type="checkbox"/> Hemorragia cámara anterior	<input type="checkbox"/> Reacción conjuntival	<input type="checkbox"/> Infiltración de esclera	<input type="checkbox"/> Hemorragia del vítreo	<input type="checkbox"/> Hipopion	<input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo total	<input type="checkbox"/> Hemorragia retina	<input type="checkbox"/> Lesión blanca	<input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo parcial	<input type="checkbox"/> Papiledema	<input type="checkbox"/> Lesión roja	<input type="checkbox"/> Leucocoria	<input type="checkbox"/> Parálisis muscular	<input type="checkbox"/> Lesión oscura		<input type="checkbox"/> Exoftalmo	<input type="checkbox"/> Vasos neoformación		<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Perforación	<p>6. AGUDEZA VISUAL</p> <p>Ojo derecho</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Ojo izquierdo</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Thrill																															
<input type="checkbox"/> Infiltración de córnea	<input type="checkbox"/> Hemorragia cámara anterior	<input type="checkbox"/> Reacción conjuntival																															
<input type="checkbox"/> Infiltración de esclera	<input type="checkbox"/> Hemorragia del vítreo	<input type="checkbox"/> Hipopion																															
<input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo total	<input type="checkbox"/> Hemorragia retina	<input type="checkbox"/> Lesión blanca																															
<input type="checkbox"/> Pérdida del reflejo del fondo del ojo parcial	<input type="checkbox"/> Papiledema	<input type="checkbox"/> Lesión roja																															
<input type="checkbox"/> Leucocoria	<input type="checkbox"/> Parálisis muscular	<input type="checkbox"/> Lesión oscura																															
	<input type="checkbox"/> Exoftalmo	<input type="checkbox"/> Vasos neoformación																															
	<input type="checkbox"/> Soplo	<input type="checkbox"/> Perforación																															
<p>7.PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</p>																																	



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)

V-COMPLEMENTARIOS

VI- 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
---	--

VII-ESTADIAMIENTO

TNM: T __ __ __ N __ __ __ M __ __ __ pTNM: pT __ __ __ pN __ __ __ pM __ __ __	Metástasis a distancia: <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
--	---

VIII-TRATAMIENTO

En otro centro <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completo	En la Institución <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completo	Tratamiento planificado: <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. Si otra: Cual? _____	Inclusión en EC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual?: (poner código) _____
--	---	--	---

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tipo de cirugía: _____ Fecha: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tipo: _____ 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 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) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __

XI- 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: _____
---------------	-----------	--------------