



8. DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO		
<b>V- ANATOMIA PATOLÓGICA</b>		
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"/> Indiferenciado	<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Descono.	
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> No determinado	<input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología	
<input type="radio"/> Poco diferenciado <input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> Cirugía <input type="radio"/> Citogenética <input type="radio"/> Otras	
<b>VI-ESTADIAMIENTO</b>		
TNM:    T _____     N _____     M _____	Metástasis a distancia:	
pTNM: pT _____     pN _____     pM _____	<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:	Extensión 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	<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	
<b>VII-TRATAMIENTO</b>		
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"/> 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.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Parcial	Si otra: Cual? _____	Cual?: (poner código)
<input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Completo		_____
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>		
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)  __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	
<b>VIII- RESPUESTA AL TRATAMIENTO</b>		
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: