

## CABEZA Y CUELLO (FOSAS NASALES-SENOS PERINASALES)

### I-REMISIÓN

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

### II-ANAMNESIS

|   |  |
|---|--|
| 1. MOTIVO DE CONSULTA<br><input type="checkbox"/> 1.Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> 5.Dolor <input type="checkbox"/> 9.Diplopía<br><input type="checkbox"/> 2.Secreción nasal <input type="checkbox"/> 6.Aparición lesión <input type="checkbox"/> 10.Mareos<br><input type="checkbox"/> 3.Sangramiento <input type="checkbox"/> 7.Disminución audición <input type="checkbox"/> 11.Otros<br><input type="checkbox"/> 4.Nódulo cervical <input type="checkbox"/> 8.Aumento Volumen |  |
| 2. PRIMER SÍNTOMA: _____  |  |
| 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><br><span style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Días</span> <span>Meses</span> <span>Años</span> </span>   |  |

### III- ANTECEDENTES

|   |  |
|---|--|
| 1. PERSONALES DE RIESGO<br><input type="checkbox"/> 1.Ninguno <input type="checkbox"/> 4.Ingestión bebidas alcohólicas<br><input type="checkbox"/> 2.Tabaquismo <input type="checkbox"/> 5.Trauma región de la lesión<br><input type="checkbox"/> 3.Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> 6.Otro | 2.PERSONALES PATOLÓGICOS<br><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pólipo nasofaringe <input type="checkbox"/> Infección crónica<br><input type="checkbox"/> Papilomas <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH<br><input type="checkbox"/> Pólipo nasal <input type="checkbox"/> Infección EBV <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna<br>Cual neoplasia: _____ |
| 3. FAMILIARES DE CÁNCER<br><input type="radio"/> 1.No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido    Si afirmativo: ¿Cuál (es) neoplasia (s)?: _____   |  |

### IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| 1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN<br><input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Necrosante<br><input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana<br><input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Submucosa<br><input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Nodular  | 2. REGIÓN<br><input type="checkbox"/> Derecha<br><input type="checkbox"/> Central<br><input type="checkbox"/> Izquierda   |  |   |   |  |
| 3. TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm  |   |  |   |   |  |
| 4. LOCALIZACIÓN<br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">                             FOSA NASAL<br/> <input type="checkbox"/> Piso de la fosa<br/> <input type="checkbox"/> Pared lateral<br/> <input type="checkbox"/> Tabique nasal<br/> <input type="checkbox"/> Toda la fosa                         </td> <td style="width: 33%; border: none;">                             SENO MAXILAR<br/> <input type="checkbox"/> Segmento inferior<br/> <input type="checkbox"/> Segmento superior<br/> <input type="checkbox"/> Segmento anterior<br/> <input type="checkbox"/> Segmento posterior                         </td> <td style="width: 33%; border: none;">                             OTROS SENOS<br/> <input type="checkbox"/> Seno frontal<br/> <input type="checkbox"/> Seno etmoidal<br/> <input type="checkbox"/> Seno esfenoidal                         </td> </tr> </table> |   |  | FOSA NASAL<br><input type="checkbox"/> Piso de la fosa<br><input type="checkbox"/> Pared lateral<br><input type="checkbox"/> Tabique nasal<br><input type="checkbox"/> Toda la fosa                                   | SENO MAXILAR<br><input type="checkbox"/> Segmento inferior<br><input type="checkbox"/> Segmento superior<br><input type="checkbox"/> Segmento anterior<br><input type="checkbox"/> Segmento posterior                   | OTROS SENOS<br><input type="checkbox"/> Seno frontal<br><input type="checkbox"/> Seno etmoidal<br><input type="checkbox"/> Seno esfenoidal |
| FOSA NASAL<br><input type="checkbox"/> Piso de la fosa<br><input type="checkbox"/> Pared lateral<br><input type="checkbox"/> Tabique nasal<br><input type="checkbox"/> Toda la fosa   | SENO MAXILAR<br><input type="checkbox"/> Segmento inferior<br><input type="checkbox"/> Segmento superior<br><input type="checkbox"/> Segmento anterior<br><input type="checkbox"/> Segmento posterior                   | OTROS SENOS<br><input type="checkbox"/> Seno frontal<br><input type="checkbox"/> Seno etmoidal<br><input type="checkbox"/> Seno esfenoidal |   |   |  |
| 5. ADENOPATÍAS CERVICALES<br><table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">                             Derecho<br/> <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Nivel-III<br/> <input type="checkbox"/> Nivel-I    <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br/> <input type="checkbox"/> Nivel-II    <input type="checkbox"/> Nivel-V                         </td> <td style="width: 50%; border: none;">                             Izquierdo<br/> <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> Nivel-III<br/> <input type="checkbox"/> Nivel-I    <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br/> <input type="checkbox"/> Nivel-II    <input type="checkbox"/> Nivel-V                         </td> </tr> </table>   |   |  | Derecho<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III<br><input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br><input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V | Izquierdo<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III<br><input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br><input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V |  |
| Derecho<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III<br><input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br><input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V   | Izquierdo<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III<br><input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV<br><input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V |  |   |   |  |
| 6. EXTENSIÓN CLÍNICA A:<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fosa nasal <input type="checkbox"/> Nasofaringe<br><input type="checkbox"/> Seno maxilar <input type="checkbox"/> contralateral <input type="checkbox"/> Piel y Partes blandas<br><input type="checkbox"/> Seno frontal <input type="checkbox"/> Fosa nasal <input type="checkbox"/> Hueso<br><input type="checkbox"/> Seno esfenoidal <input type="checkbox"/> Base de cráneo <input type="checkbox"/> Otras<br><input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> Encía   |   |  |   |   |  |

7. PERFORMANCE STATUS     0     1     2     3     4

|                      |                          |  |
|----------------------|--------------------------|--|
| 1ER APELLIDO         | 2DO APELLIDO             | NOMBRE (ES)  |
| No. HISTORIA CLÍNICA | No. CARNET DE IDENTIDAD: | SEXO<br><input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |
|                      |                          | EDAD   |
|                      |                          | COLOR PIEL   |
|                      |                          | FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)                           |

### V- EVALUACIÓN

|  |                                     |                       |                       |                                      |                       |                       |
|--|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Laboratorio                                   | Imágenes                            | Positivo              | Negativo              | Otros                                | Positivo              | Negativo              |
| <input type="checkbox"/> Creatinina _____ mmol/l | <input type="checkbox"/> Rx Tórax   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> TAC Cráneo  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="checkbox"/> US abdomen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> TAC Cuello  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobina _____ g/dl  | <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> TAC Tórax   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | <input type="checkbox"/> RMN        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> TAC Abdomen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### VI- ANATOMÍA 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:                         | Base del diagnóstico:                |                                       |
| <input type="radio"/> Diferenciado               | <input type="radio"/> Indiferenciado | <input type="radio"/> E. Clínico      |
| <input type="radio"/> Moderadamente diferenciado | <input type="radio"/> No determinado | <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol |
| <input type="radio"/> Poco diferenciado          | <input type="radio"/> No procede     | <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 _____     | 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 Distante <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"/> In situ <input type="radio"/> Ext. directa y linf. regionales |
| <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Desconocido    | <input type="radio"/> Localizado <input type="radio"/> Metástasis a distancia       |
| <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> No procede | <input type="radio"/> Extensión directa <input type="radio"/> No aplicable          |
| <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IVb                                  | <input type="radio"/> Linfático regionales <input type="radio"/> Desconocido        |

### VIII-TRATAMIENTO

|                                |                                |   |   |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| 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="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| <input type="radio"/> Parcial  | <input type="radio"/> Parcial  | <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Inmunoterapia <input type="checkbox"/> Desc. | Cual?: (poner código)                             |
| <input type="radio"/> Completo | <input type="radio"/> Completo | Si otra: ¿Cuál? _____   | _____   |

### 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 ____   | ¿Cuál? _____   |
| Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _                        | Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _                       |
| Fecha final: (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: |