

CABEZA Y CUELLO (CAVIDAD BUCAL- GLÁNDULA SALIVAL)

I-REMISIÓN

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

II-ANAMNESIS

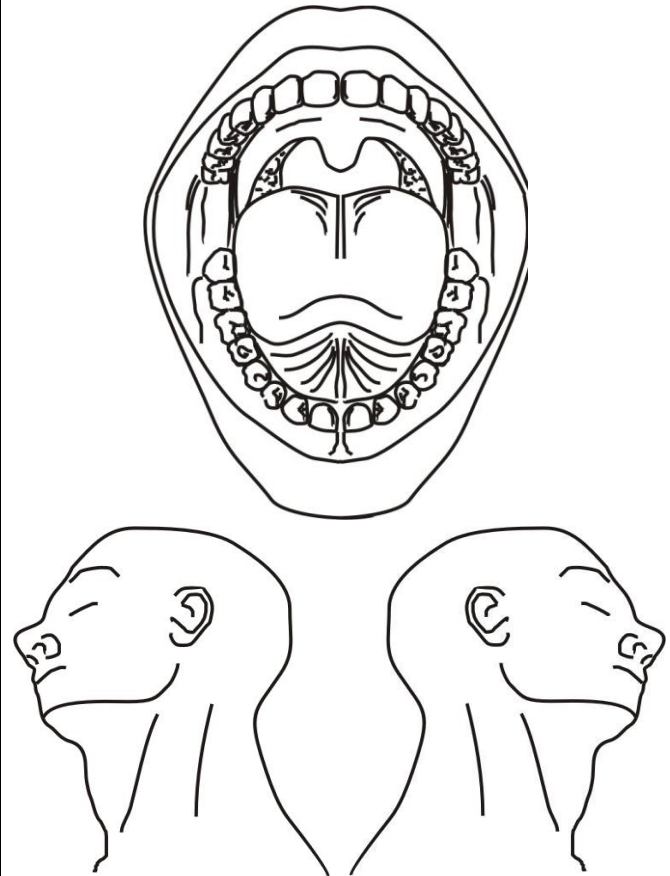
1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Aparición de lesión <input type="checkbox"/> 4.Dolor <input type="checkbox"/> 7.Odinofagia <input type="checkbox"/> 2.Aumento de volumen <input type="checkbox"/> 5.Parálisis Facial <input type="checkbox"/> 8. Sialorrea <input type="checkbox"/> 3.Nódulo cervical <input type="checkbox"/> 6.Sangramiento <input type="checkbox"/> 9.Otro	
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"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Días Meses Años </div>	

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> 1.Ninguno <input type="checkbox"/> 4.Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 2.Tabaquismo <input type="checkbox"/> 5.Uso de prótesis <input type="checkbox"/> 3.Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> 6.Trauma región de la lesión <input type="checkbox"/> 4.Mala higiene bucal	2.PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Avitaminosis <input type="checkbox"/> Infección crónica <input type="checkbox"/> Leucoplasias <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Queratosis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____
3. FAMILIARES DE CÁNCER <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 <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Necrosante <input type="checkbox"/> Derecha <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana <input type="checkbox"/> Central <input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Submucosa <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Nodular	
2. REGIÓN <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Central <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 LABIO <input type="checkbox"/> Labio superior <input type="checkbox"/> Labio inferior <input type="checkbox"/> Mucosa superior <input type="checkbox"/> Comisura labiales <input type="checkbox"/> Mucosa inferior	LENGUA MÓVIL <input type="checkbox"/> Cara ventral <input type="checkbox"/> Cara Dorsal <input type="checkbox"/> Punta <input type="checkbox"/> Borde
OTRAS PARTES DE LA BOCA <input type="checkbox"/> Carrillo <input type="checkbox"/> Paladar duro <input type="checkbox"/> Vestíbulo <input type="checkbox"/> Espacio retromolar	SUELO DE BOCA <input type="checkbox"/> Parte anterior <input type="checkbox"/> Parte Lateral ENCÍA <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior
5. ADENOPATÍAS CERVICALES Derecho Izquierdo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel-III <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-I <input type="checkbox"/> Nivel-IV <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V <input type="checkbox"/> Nivel-II <input type="checkbox"/> Nivel-V	GLÁNDULAS SALIVARES <input type="checkbox"/> Parótida <input type="checkbox"/> Sublingual <input type="checkbox"/> Submaxilar <input type="checkbox"/> Otra
6.EXTENSIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Suelo de boca <input type="checkbox"/> Laringe <input type="checkbox"/> Labio <input type="checkbox"/> Otras partes de cavidad oral <input type="checkbox"/> Nasofaringe <input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/> Mesofaringe <input type="checkbox"/> Piel y Partes blandas <input type="checkbox"/> Encía <input type="checkbox"/> Hipofaringe <input type="checkbox"/> Hueso	
7.PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	



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

VI- ANATOMÍA PATOLÓGICA

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

VI- ANATOMÍA PATOLÓGICA

No. Biopsia: __ __ __ __ __ __	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	Marcadores Pos Neg <input type="checkbox"/> P16 <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Diagnostico Topografico: _____		
Diagnostico Morfológico: _____		
Diagnosticado en: _____		

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.	Inclusión en EC <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cual?: (poner código) _____
Si otra: ¿Cuál? _____			

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 ¿Cuál? _____ 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: _____