

| V-COMPLEMENTARIOS | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.MARCADORES <input type="checkbox"/> Tiroglobulina _____ <input type="checkbox"/> Calcitonina _____ <input type="checkbox"/> Calcio _____ | 2.HORMONAS <input type="checkbox"/> TSH _____ <input type="checkbox"/> T3 _____ <input type="checkbox"/> T4 _____ | 3.OTROS EXÁMENES <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Laringoscopia <input type="checkbox"/> TAC de Cuello | Pos. | Neg |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| VI- ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | |
| No. Biopsia: __ __ __ __ __ __ | | Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ | | Marcadores |
| Diagnostico Topografico: _____ | | | | Pos |
| Diagnostico Morfológico: _____ | | | | Neg |
| Diagnosticado en: _____ | | | | <input type="radio"/> |
| | | | | <input type="radio"/> |
| 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 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 | | |
| VIII-TRATAMIENTO | | | | |
| En otro centro En la Institución | | Tratamiento planificado: | | Inclusión en EC |
| <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> Completo <input type="radio"/> Completo | | <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="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cual?: (poner código) _____ |
| | | Si otra: ¿Cuál? _____ | | _____ |
| DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO | | | | |
| 1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si | | 2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si | | |
| 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"/> No <input type="radio"/> Si | | 4. TRATAMIENTO ¹³¹ I: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si | | |
| Esquema: _____ No Ciclos ____ | | Dosis _____ | | |
| Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ | | Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ | | |
| Fecha final: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ | | Fecha final: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ | | |
| 4. OTRO TRATAMIENTO: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si ¿Cuál? _____ | | | | |
| 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: |