

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
---	--

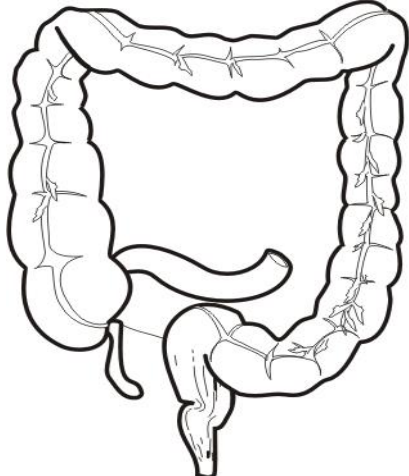
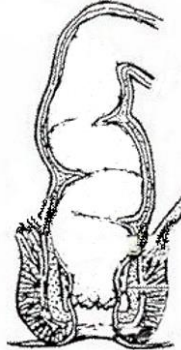
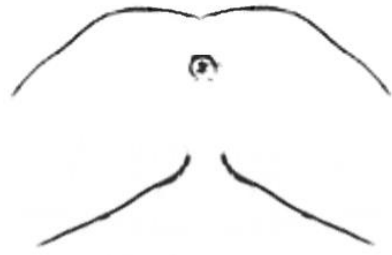
II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Dolor <input type="checkbox"/> 4.Tumor palpable <input type="checkbox"/> 7.Palidez <input type="checkbox"/> 2.Enterorragia <input type="checkbox"/> 5. Perdida de peso <input type="checkbox"/> 8.Adenopatías <input type="checkbox"/> 3.Diarreas <input type="checkbox"/> 6. Constipación <input type="checkbox"/> 9.Otros 2. PRIMER SÍNTOMA: _____ 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width:40px;" type="text"/> Días <input style="width:40px;" type="text"/> Meses <input style="width:40px;" type="text"/> Años	_____ _____ _____ _____ _____
--	---

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Otro 3. FAMILIARES DE CÁNCER DE COLON O RECTO <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido	2.PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> Infección HPV <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Poliposis <input type="checkbox"/> Adenoma Velloso <input type="checkbox"/> Infección HIV Cual neoplasia: _____ 4. FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CÁNCER <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido ¿Cuál neoplasia?: _____
---	---

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. HALLAZGOS CLÍNICOS COLON Y RECTO Año <input type="checkbox"/> Tumor palpable <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Submucosa <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Plana <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="radio"/> Ulcero vegetante <input type="radio"/> Nodular <input type="checkbox"/> Fija <input type="radio"/> Ulcero infiltrante <input type="radio"/> Otra <input type="checkbox"/> Móvil 3.TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> mm 4.LOCALIZACIÓN COLON <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> Colon sigmoideo <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/> Apéndice <input type="checkbox"/> Ángulo Hepático <input type="checkbox"/> Tercio superior <input type="checkbox"/> Colon ascendente <input type="checkbox"/> Ángulo esplénico <input type="checkbox"/> Tercio medio <input type="checkbox"/> Colon transverso <input type="checkbox"/> Tercio inferior <input type="checkbox"/> Colon descendente Distancia Margen Anal _____ cm ANO ADENOPATÍAS <input type="checkbox"/> Canal anal <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cervicales <input type="checkbox"/> Margen anal <input type="checkbox"/> Inguinales <input type="checkbox"/> Otras EXTENSIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vejiga <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Canal anal <input type="checkbox"/> Tabique recto-vaginal <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Útero y Anejos <input type="checkbox"/> Hueso sacro <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Otro	  
--	--

7.PERFORMANCE STATUS 0 1 2 3 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)
----------------------	--------------------------	--	------	------------	----------------------------------

