

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
---	--

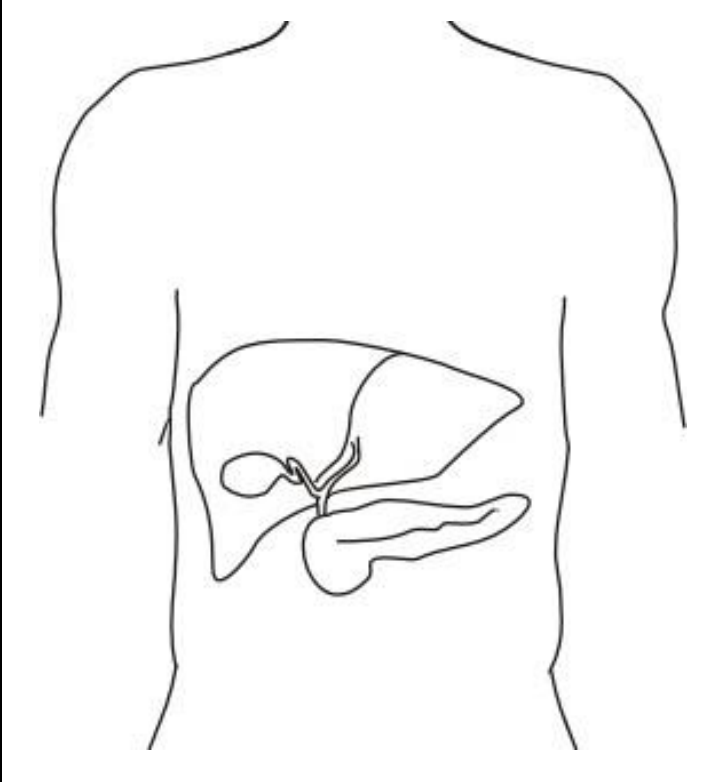
II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1.Dolor <input type="checkbox"/> 4.Pérdida de peso <input type="checkbox"/> 7. Adenopatías <input type="checkbox"/> 2.Íctero <input type="checkbox"/> 5.Aumento de volumen abdomen <input type="checkbox"/> 8. Otros <input type="checkbox"/> 3.Vómito <input type="checkbox"/> 6.Síntomas dispépticos 2. PRIMER SÍNTOMA: _____ 3. TIEMPO DE APARICIÓN <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Días Mes (s) Año (S) </div>	
---	--

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES DE RIESGO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ingestión bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Exposición a irritantes <input type="checkbox"/> Otro	2.PERSONALES PATOLÓGICOS <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infección por HBV <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna <input type="checkbox"/> Infección HCV <input type="checkbox"/> Cirrosis Hepática <input type="checkbox"/> Litiasis vesicular ¿Cuál neoplasia?: _____ 3. FAMILIARES DE CÁNCER <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido Si afirmativo: Cual neoplasia _____
---	---

IV- EXAMEN FÍSICO

1. SIGNOS FISICOS <input type="checkbox"/> Tumor palpable <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Circulación colateral <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Íctero <input type="checkbox"/> Telangectasias <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> Edemas <input type="checkbox"/> Otros 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 <table style="width:100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width:33%;">HÍGADO</td> <td style="width:33%;">VÍAS BILIARES</td> <td style="width:33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lóbulo derecho</td> <td><input type="checkbox"/> Intrahépticas</td> <td><input type="checkbox"/> Colédoco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lóbulo izquierdo</td> <td><input type="checkbox"/> Extrahépticas</td> <td><input type="checkbox"/> Esfínter de Oddi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambos lóbulos</td> <td><input type="checkbox"/> Vesícula biliar</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width:100%; font-size: small; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:33%;">PÁNCREAS</td> <td style="width:33%;">ADENOPATÍAS</td> <td style="width:33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> Ilio hepático</td> <td><input type="checkbox"/> Otras intrabdominales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> Peripancreáticas</td> <td><input type="checkbox"/> Supraclaviculares</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cola</td> <td><input type="checkbox"/> Perigástricas</td> <td><input type="checkbox"/> Otras</td> </tr> </table> 5.EXTENSIÓN CLÍNICA A: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intestino delgado <input type="checkbox"/> Retroperitoneo <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Colon transverso <input type="checkbox"/> Otro	HÍGADO	VÍAS BILIARES		<input type="checkbox"/> Lóbulo derecho	<input type="checkbox"/> Intrahépticas	<input type="checkbox"/> Colédoco	<input type="checkbox"/> Lóbulo izquierdo	<input type="checkbox"/> Extrahépticas	<input type="checkbox"/> Esfínter de Oddi	<input type="checkbox"/> Ambos lóbulos	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar		PÁNCREAS	ADENOPATÍAS		<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Ilio hepático	<input type="checkbox"/> Otras intrabdominales	<input type="checkbox"/> Cuerpo	<input type="checkbox"/> Peripancreáticas	<input type="checkbox"/> Supraclaviculares	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Perigástricas	<input type="checkbox"/> Otras	
HÍGADO	VÍAS BILIARES																								
<input type="checkbox"/> Lóbulo derecho	<input type="checkbox"/> Intrahépticas	<input type="checkbox"/> Colédoco																							
<input type="checkbox"/> Lóbulo izquierdo	<input type="checkbox"/> Extrahépticas	<input type="checkbox"/> Esfínter de Oddi																							
<input type="checkbox"/> Ambos lóbulos	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar																								
PÁNCREAS	ADENOPATÍAS																								
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Ilio hepático	<input type="checkbox"/> Otras intrabdominales																							
<input type="checkbox"/> Cuerpo	<input type="checkbox"/> Peripancreáticas	<input type="checkbox"/> Supraclaviculares																							
<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Perigástricas	<input type="checkbox"/> Otras																							

6.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)

V- ANATOMIA PATOLÓGICA

1. Marcadores tumorales	Imágenes	Positivo	Negativo	Otros	Positivo	Negativo
<input type="checkbox"/> CEA _____ ng/ml	<input type="checkbox"/> Rx Tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> TAC Tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ca 19.9 _____ ng/ml	<input type="checkbox"/> US abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> TAC Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> α feto P _____ ng/ml	<input type="checkbox"/> Endoscopia Sup.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> TAC Pelvis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/> US endoscópico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> PEC-CT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI- ANATOMIA 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"/>
Diagnosticada en: _____			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grado de diferenciación:	Base del diagnóstico:	
<input type="radio"/> Diferenciado	<input type="radio"/> E. Clínico	<input type="radio"/> Hematología
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado	<input type="radio"/> Inv. Clínica	<input type="radio"/> Histología
<input type="radio"/> Poco diferenciado	<input type="radio"/> Cirugía	<input type="radio"/> Otras
<input type="radio"/> Indiferenciado	<input type="radio"/> P. Bio. Inmunol	<input type="radio"/> Descono.
<input type="radio"/> No determinado	<input type="radio"/> Citología	
<input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> Citogenética	

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"/> 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.	¿Cuál?: (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: __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	
Comentarios:		
Medico:	RP:	Firma: