

**I-REMISIÓN**

REMITIDO POR :

- No remitido     Atención primaria     Programa de control     Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- No     Si

**II-ANAMNESIS**

1. MOTIVO DE CONSULTA

- 1.Asintomática     6.Aumento volumen abdomen     11.Ascitis  
 2.Descarga vaginal     7.Presencia de tumor     12.Disnea  
 3.Sangramiento     8.Síntomas digestivos     13.Otros  
 4.Dolor     9.Síntomas urinarios  
 5.Adenopatías     10.Dispnea

2. PRIMER SÍNTOMA: \_\_\_\_\_

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días                      Meses                      Años

**III- ANTECEDENTES**

1. PERSONALES REPRODUCTIVOS

- a. Edad de la menarquía \_\_\_\_\_  
b. Edad primer embarazo \_\_\_\_\_  
c. Número de embarazos \_\_\_\_\_  
d. Número de partos \_\_\_\_\_  
e. Edad menopausia \_\_\_\_\_

2. PATOLÓGICOS PERSONALES Y DE RIESGO

- No     Exposición radiaciones     Otra terapia hormonal     Neoplasia ginecológica  
 Diabetes     Infertilidad     Estrógenos     Endometrio  
 HTA     Uso estimulantes de la ovulación     Progestágeno     Ovario  
 Obesidad     Contraceptivo oral     Otra     Mama  
 Otra neoplasia    Cual(es)?: \_\_\_\_\_

3. FAMILIARES DE CÁNCER GINECOLÓGICO

- Ninguno     Ovario     Cervix  
 Endometrio     Mama     Desconocido

FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CANCER

- No     Si     Desconocido

Cual (es) neoplasia (S): \_\_\_\_\_

**IV- EVALUACIÓN CLÍNICA**

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

- Dura     Regular  
 Renitente     Irregular  
 Mixta

MOVILIDAD

- Móvil  
 Disminuida  
 Fijo

2. TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR)

mm

3. LOCALIZACIÓN

- Ovario derecho     Trompa derecha     Inguinales  
 Ovario izquierdo     Trompa izquierda     Pélvicas  
 Bilateral     Paraaórticas

4. HALLAZGOS ASOCIADOS

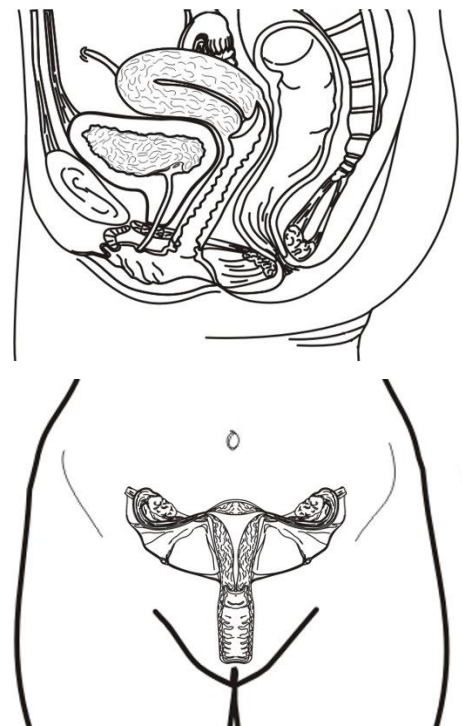
- Ascitis     Nódulos Fondo de sacos     Carcinosis Peritoneal  
 Masa pélvica     Compresión del recto

5. EXTENSIÓN CLÍNICA A:

- Localizado     Peritoneo parietal     Epiplón  
 Útero     Peritoneo visceral     Colon  
 Vejiga     Intestino delgado     Otros  
 Recto     Capsula hepática  
 Otros tejidos pélvicos     Diafragma

7. PERFORMANCE STATUS

- 0     1     2     3     4



1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

NOMBRE (ES)

No. HISTORIA CLÍNICA

No. CARNET DE IDENTIDAD:

SEXO  
 M  
 F

EDAD

COLOR PIEL

FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)

### V- EVALUACIÓN

<b>1. Marcadores tumorales</b> <input type="checkbox"/> CEA _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Ca 125 _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Ca 19.9 _____ ng/ml <input type="checkbox"/> αfeto P _____ ng/ml <input type="checkbox"/> βHCG _____ ng/ml	<b>Imágenes</b> <input type="checkbox"/> Rx Tórax <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="checkbox"/> US ginecológico <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> US transvaginal <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> RMN <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<b>Otros</b> <input type="checkbox"/> TAC Tórax <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="checkbox"/> TAC Abdomen <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> TAC Pelvis <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> PEC-CT <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	--	--

### VI- ANATOMÍA PATOLÓGICA

No. Biopsia:  __ __ __ __ __ __	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa)  __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	<b>Marcadores</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Pos</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">Neg</td> </tr> <tr> <td>Diagnostico Topografico: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Diagnostico Morfológico: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Diagnosticado en (centro): _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>		Pos	Neg	Diagnostico Topografico: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diagnostico Morfológico: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diagnosticado en (centro): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Pos	Neg												
Diagnostico Topografico: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												
Diagnostico Morfológico: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												
Diagnosticado en (centro): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												

<b>Grado de diferenciación:</b> <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	<b>Base del diagnóstico:</b> <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  __ __	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.

<b>Etapa Clínica:</b> <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	<b>Extensión clínica:</b> <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="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

<b>1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tipo de cirugía: _____ Fecha: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __	<b>2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA:</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Tipo: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __  Fecha final: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __  Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy
<b>3. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA:</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __  Fecha final: (dd/mm/aa)  __ __ / __ __ / __ __	<b>4. OTRO TRATAMIENTO:</b> <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: _____