

I-REMISIÓN

REMISIÓN : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Programa de pesquizaje <input type="checkbox"/> Atención secundaria <input type="checkbox"/> Otro	DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
--	---

II-ANAMNESIS

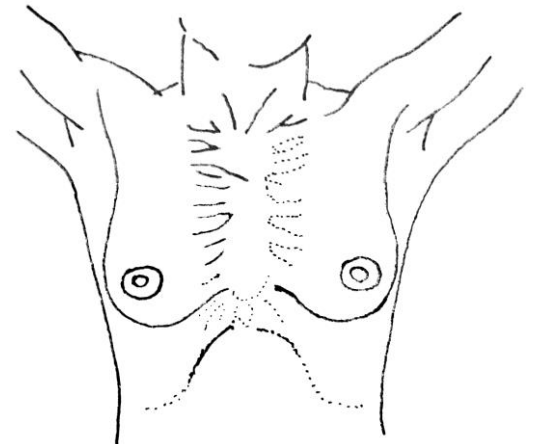
1. MOTIVO DE CONSULTA <input type="checkbox"/> 1. Presencia tumor <input type="checkbox"/> 5. Enrojecimiento <input type="checkbox"/> 5. Ulceración <input type="checkbox"/> 2. Dolor <input type="checkbox"/> 6. Adenopatía axilar <input type="checkbox"/> 8. Fijación a piel <input type="checkbox"/> 3. Secreción <input type="checkbox"/> 7. Aumento de volumen <input type="checkbox"/> 9. Otro (s) <input type="checkbox"/> 4. Retracción pezón 2. PRIMER SÍNTOMA (SEÑALE CODIGO): _____ 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 REPRODUCTIVOS a. Edad de la Menarquía _____ b. Número de embarazos _____ c. Edad primer parto _____ d. Lactancia > 3 meses _____ e. Edad menopausia _____	2. PERSONALES PATOLOGÍA MAMARIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tumor Benigno <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> E. Fibroquística <input type="checkbox"/> Tumor Maligno <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	3. OTROS PERSONALES <input type="checkbox"/> Uso de contraceptivos hormonales. <input type="checkbox"/> Uso de terapia hormonal Cual?: _____ <input type="checkbox"/> Otro Tumor Cual?: _____
4. FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuela Materna <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	5. FAMILIARES DE OTRO CÁNCER <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Ovario <input type="checkbox"/> Endometrio <input type="checkbox"/> Otro Cual?: _____	

IV- EXAMEN FÍSICO

6. PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 1. SIGNOS LOCALES <input type="checkbox"/> 1. Tumor <input type="checkbox"/> 2. Eritema <input type="checkbox"/> 3. Piel de Naranja <input type="checkbox"/> 4. Ulceración <input type="checkbox"/> 5. Modificación del pezón <input type="checkbox"/> 6. Telorragia <input type="checkbox"/> 7. Fijación a piel <input type="checkbox"/> 8. Fijación a planos profundos <input type="checkbox"/> 9. Otro ¿Cuál (es)? _____	2. SIGNOS REGIONALES <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Adenopatías axilares móviles <input type="checkbox"/> 3. Adenopatías axilares fijas <input type="checkbox"/> 4. Adenopatías supraclaviales <input type="checkbox"/> 5. Adenopatías infraclaviculares <input type="checkbox"/> 6. Edema Brazo <input type="checkbox"/> 7. Otro 3. TAMAÑO (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:30px; height:20px;" type="text"/> mm
--	--



4. REGIÓN: <input type="radio"/> M. Izquierda <input type="radio"/> M. Derecha <input type="radio"/> Bilateral	5. LOCALIZACIÓN: <input type="checkbox"/> Pezón y aerola <input type="checkbox"/> Cuadrante Superior Interno <input type="checkbox"/> Cuadrante Inferior Interno <input type="checkbox"/> Porción central de la mama <input type="checkbox"/> Cuadrante Superior Externo <input type="checkbox"/> Cuadrante Inferior Externo <input type="checkbox"/> Prolongación axilar <input type="checkbox"/> Mama masculina
---	--

V- EVALUACIÓN

1. Marcadores tumorales <input type="checkbox"/> CEA _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Ca 15.3 _____ ng/ml <input type="checkbox"/> Ecocardiografía FEV1 _____ % <input type="checkbox"/> Gammagrafía ósea <input type="radio"/> Pos <input type="radio"/> Neg	Imágenes <input type="checkbox"/> Rx Tórax <input type="checkbox"/> US abdomen <input type="checkbox"/> US Mamario <input type="checkbox"/> Mamografía	Positivo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Negativo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros <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"/> PEC-CT <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> RMN <input type="radio"/> <input type="radio"/>
--	---	--	--	---

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

No. Biopsia: __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Marcador: Exp* % <input type="checkbox"/> Her-2 _____ _____ <input type="checkbox"/> RE _____ _____ <input type="checkbox"/> RP _____ _____ <input type="checkbox"/> Ki-67 _____ _____
Diagnostico Topográfico: _____		*Expresión en Cruces
Diagnostico Morfológico: _____		
Diagnosticado en: _____		

SUBTIPO MOLECULAR

Luminal A Luminal B Luminal B Her2+ Her2 sobreexpresado Triple Negativo Desconocido

Tamaño del tumor en (mm)	SBR Diferenciación _____ Grado Nuclear _____ Mitosis _____ TOTAL _____ <input type="radio"/> Desc	Premiación V. <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Vascular <input type="radio"/> Linfática <input type="radio"/> Desc.	Ganglios Regionales <input type="radio"/> DRA <input type="radio"/> G. Centinela Ganglios examinados _____ Ganglios Metastásicos _____ <input type="radio"/> Desconocido	Base del diagnóstico: <input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> Citogenética <input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Cirugía <input type="radio"/> Histología <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Otras <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Desconocido
--------------------------	--	---	--	--

VII-ESTADIAMIENTO

cTNM: T _____ N _____ M _____ pTNM: T _____ pN _____ pM _____ ypTNM: T _____ pN _____ pM _____	Metástasis a distancia: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pulmón Pleura <input type="checkbox"/> Hígado Ovario <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Ganglios Distantes <input type="checkbox"/> Cerebro Piel y TCS <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
---	---

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

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Tipo de cirugía: _____ Fecha: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Tratamiento RT: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Tipo: _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy
Tratamiento Quimioterapia: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="checkbox"/> Adyuvante <input type="checkbox"/> Neoadyuvante <input type="checkbox"/> Rescate <input type="checkbox"/> Otra Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ <input type="checkbox"/> Adyuvante <input type="checkbox"/> Neoadyuvante <input type="checkbox"/> Rescate <input type="checkbox"/> Otra Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Hormonoterapia: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="checkbox"/> Tamoxifeno <input type="checkbox"/> Inh. Aromatasa <input type="checkbox"/> AgLHRH <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _ Fecha Final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _
Otro Tratamiento: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si ¿Cuál? _____	Inmunoterapia: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Pertuzumab <input type="checkbox"/> Otro ¿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: _____