

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.Tumor <input type="checkbox"/> 4.Ulceración <input type="checkbox"/> 7.Dolor <input type="checkbox"/> 2.Adenopatías <input type="checkbox"/> 5.Secreción <input type="checkbox"/> 8.Otro	
2. PRIMER SÍNTOMA: _____	
3. TIEMPO DE APARICIÓN <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin: 0 5px;">Días</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin: 0 5px;">Meses</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin: 0 5px;">Años</div> </div>	

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Infección HSV <input type="checkbox"/> Eritroplastia de Queyrat <input type="checkbox"/> Tabaquismo <input type="checkbox"/> Infección HPV <input type="checkbox"/> Enfermedad de Bowen <input type="checkbox"/> Fimosis <input type="checkbox"/> Ingestión alcohol <input type="checkbox"/> Cónyuge cáncer de cervix <input type="checkbox"/> Circuncisión <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna Cual neoplasia: _____	2. FAMILIARES DE CÁNCER DE PENE <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido 3. FAMILIARES DE OTRA NEOPLASIA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Desconocido Cual neoplasia: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS LOCALES <input type="radio"/> Vegetante <input type="radio"/> Plana MOVILIDAD <input type="radio"/> Infiltrante <input type="radio"/> Nodular <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Ulceroinfiltrante <input type="radio"/> Necrosante <input type="radio"/> Móvil <input type="radio"/> Ulcerovegetante <input type="radio"/> Otra	
2. TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> mm	
3. LOCALIZACIÓN <input type="checkbox"/> Glande 4. ADENOPATÍAS <input type="checkbox"/> Prepucio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Surco balano-prepucial <input type="checkbox"/> Inguinales unilaterales <input type="checkbox"/> Cuerpo del pene <input type="checkbox"/> Inguinales bilaterales <input type="checkbox"/> Ilíacas <input type="checkbox"/> Otras	
5. PERFORMANCE STATUS <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	

1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (ES)
No. HISTORIA CLÍNICA	No. CARNET DE IDENTIDAD: <input style="width: 100%;" type="text"/>	SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
	EDAD	COLOR PIEL
		FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa) <input style="width: 100%;" type="text"/>

IV- 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"/>
Diagnosticado en: _____		_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grado de diferenciación: <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	Base del diagnóstico: <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.

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.	Inclusión en EC <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 Tipo de cirugía: _____ _____ Fecha: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si Tipo: _____ 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 Esquema: _____ No Ciclos ____ Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __ Fecha final: (dd/mm/aa) __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	4. OTRO TRATAMIENTO: <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: _____