MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ONCOLOGÍA
MODELO 68-27-02

UROLOGÍA (TESTICULO)

I-REMISIÓN

REMITIDO POR :

❑ No remitido ❑ Atención primaria ❑ Programa de control ❑ Atención secundaria

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

❍ No ❍ Si

II-ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

❑ 1.Masa testicular ❑ 3.Dolor lumbar ❑ 5.Ginecomastia
❑ 2.Dolor testicular ❑ 4.Tumor Abdominal ❑ 6. Otro

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días	Meses	Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES

❑ Ninguno ❑ Criptorquidia ❑ Hemospermia
❑ Exposición a radiaciones ❑ Infertilidad ❑ Neoplasia maligna

Cual neoplasia: _____

2. FAMILIARES DE CÁNCER DE TESTICULO

❍ No ❍ Si ❍ Desconocido

3. FAMILIARES DE OTRO TIPO DE CÁNCER

❍ No ❍ Si ❍ Desconocido

Tipo de cáncer: _____

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS LOCALES

❑ 1.Tumor testicular
❑ 2.Infiltración del escroto
❑ 3.No procede

2. GENERAL

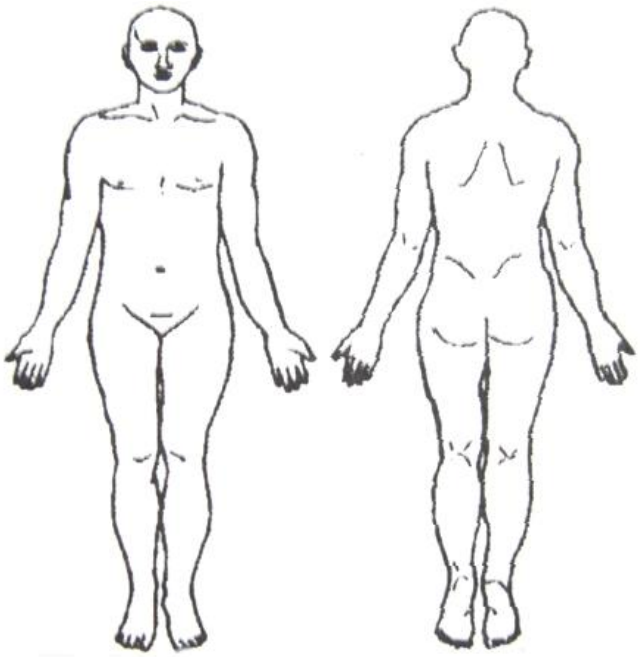
❑ 1.Tumor abdominal
❑ 2.Edema miembros inferiores
❑ 3.Ginecomastia
❑ 4.Otros

3.LOCALIZACIÓN

❑ Testículo derecho
❑ Testículo Izquierdo

4. ADENOPATÍAS

❑ Ninguna
❑ Adenopatías ilíacas
❑ Adenopatías paraaórticas
❑ Adenopatías mediastinales
❑ Adenopatías supracalviculares
❑ Adenopatías inguinales
❑ Otras



5.PERFORMANCE STATUS ❍ 0 ❍ 1 ❍ 2 ❍ 3 ❍ 4

1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE (ES)

NO. HISTORIA CLÍNICA	NO. CARNET DE IDENTIDAD:	SEXO	EDAD	COLOR PIEL	FECHA DE INSCRIPCIÓN: (dd/mm/aa)
	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|	❍ M ❍ F			|___|___|/|___|___|/|___|___|

V-COMPLEMENTARIOS

Marcadores Tumorales y Laboratorio			Imágenes	Pos.	Neg	Imágenes	Pos.	Neg
❑ α-feto proteína	_____	ng/ml	❑ Rayos X tórax	❍	❍	❑ TAC Tórax	❍	❍
❑ β-HCG	_____	ng/ml	❑ Ultrasonido	❍	❍	❑ TAC abdomen	❍	❍
❑ LDH	_____	UI/l	❑ Ultrasonido testicular	❍	❍	❑ TAC pelvis	❍	❍
❑ Creatinina	_____	mmol/l						
❑ Acl. creatinina	_____	ml/mint						

VI- ANATOMÍA PATOLÓGICA

No. Biopsia: |___|___|___|___|___|___|___|___| Fecha diagnóstico: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Diagnostico Topografico:_____

Diagnostico Morfológico:_____

Diagnosticado en: _____

Marcadores	Pos	Neg
❑ Ki-67	❍	❍
_____	❍	❍
_____	❍	❍

Grado de diferenciación:

❍ Diferenciado ❍ Indiferenciado
❍ Moderadamente diferenciado ❍ No determinado
❍ Poco diferenciado ❍ No procede

Base del diagnóstico:

❍ E. Clínico ❍ P. Bio. Inmunol ❍ Hematología ❍ Descono.
❍ Inv. Clínica ❍ Citología ❍ Histología
❍ Cirugía ❍ Citogenética ❍ Otras

VII-ESTADIAMIENTO

TNM: T|_____| N |_____| M |_____|

pTNM: pT |_____| pN |_____| pM |_____|

Metástasis a distancia:

❑ Ninguna ❑ Pulmón Pleura ❑ Hígado ❑ Ovario ❑ Otras
❑ Hueso ❑ Ganglios Dist ❑ Cerebro ❑ Piel y TCS ❑ Desc.

Etapa Clínica:

❍ In Situ	❍ Ic	❍ IIc	❍ IIIc	❍ IVc
❍ I	❍ II	❍ III	❍ IV	❍ Desconocido
❍ Ia	❍ IIa	❍ IIIa	❍ IVa	❍ No procede
❍ Ib	❍ IIb	❍ IIIb	❍ IVb	

Extensión clínica:

❍ In situ ❍ Ext. directa y linf. regionales
❍ Localizado ❍ Metástasis a distancia
❍ Extensión directa ❍ No aplicable
❍ Linfático regionales ❍ Desconocido

VIII-TRATAMIENTO

En otro centro
❍ No
❍ Parcial
❍ Completo

En la Institución
❍ No
❍ Parcial
❍ Completo

Tratamiento planificado:

❑ Ninguno ❑ Radioterapia ❑ Hormonoterapia ❑ Otra
❑ Cirugía ❑ Quimioterapia ❑ Inmunoterapia ❑ Desc.

Si otra: ¿Cuál? _____

Inclusión en EC
❍ Si ❍ No
Cual?: (poner código)
_____

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: ❍ Si ❍ No

Tipo de cirugía: _____

_____

Fecha: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: ❍ Si ❍ No

Tipo:_____

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Fecha final: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy

3.TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: ❍ Si ❍ No

Esquema: _____ No Ciclos ___

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Fecha final: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

4. OTRO TRATAMIENTO: ❍ No ❍ Si

¿Cuál? _____

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

Fecha final: (dd/mm/aa) |___|___|/|___|___|/|___|___|

XI- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Evaluación de la respuesta. ❍ RC ❍ RP ❍ EE ❍ EP ❍ No procede Fecha: |___|___|/|___|___|/|___|___|

Comentarios:

Medico:	RP:	Firma: