

8. DESCRIPCIÓN EXAMEN FÍSICO		
V-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:	Base del diagnóstico:	
<input type="radio"/> Diferenciado <input type="radio"/> Indiferenciado	<input type="radio"/> E. Clínico <input type="radio"/> P. Bio. Inmunol <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Descono.	
<input type="radio"/> Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> No determinado	<input type="radio"/> Inv. Clínica <input type="radio"/> Citología <input type="radio"/> Histología	
<input type="radio"/> Poco diferenciado <input type="radio"/> No procede	<input type="radio"/> Cirugía <input type="radio"/> Citogenética <input type="radio"/> Otras	
VI-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"/> V	<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"/> Desconocido	<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"/> No procede	<input type="radio"/> Linfático regionales <input type="radio"/> Desconocido	
VII-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="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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: Cual? _____	_____
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 ____	Cual? _____	
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	
Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _	
VIII- 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: