

V-COMPLEMENTARIOS									
1.LABORATORIO			2.OTROS ESTUDIOS		Pos	Neg		Pos.	Neg
<input type="checkbox"/> PSA _____	<input type="checkbox"/> Ultrasonido transrectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Gamagrafía ósea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Fosfatasa ácida prostática _____	<input type="checkbox"/> TAC abdomen y pelvis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ultrasonido abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina _____	<input type="checkbox"/> Rayos X tórax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VI- 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					
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:					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"/> Desconocido	<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"/> No procede	<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"/> 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="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"/> No <input type="radio"/> Si					2. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si				
Tipo de cirugía: _____					Tipo: _____				
Fecha: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _					Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
					Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
					Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy				
3. HORMONOTERAPIA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si					4. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si				
<input type="checkbox"/> Castración	<input type="checkbox"/> BMA	<input type="checkbox"/> B. Androgénico	<input type="checkbox"/> Otro		Esquema: _____ No Ciclos ____				
Cual (es)? _____					Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
Fecha inicio: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _					Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _				
Fecha final: (dd/mm/aa) __ _ _ _ / __ _ _ _ / __ _ _ _									
OTRO TRATAMIENTO: Cual? _____									
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:	