



NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA REGISTRO PROVINCIAL DE TUMORES

DIRECCION DE ASISTENCIA MEDICA SOCIAL UNIVERSITARIA SAN JUAN

USO INTERNO

1.- Datos del paciente

- a) Apellido: _____
Completar con letra imprenta MAYÚSCULA
- b) Nombre: _____
Completar con letra imprenta MAYÚSCULA
- c) Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 9. Se ignora
- d) Obra social No Si 9. Se ignora Cual _____ N° _____
- e) Documento de identidad: _____
Tipo _____ Número _____
- f) Fecha de nacimiento: _____
Día _____ Mes _____ Año _____
- g) Lugar de nacimiento: País: _____ Provincia: _____
- h) Domicilio: Calle _____ Numero _____
Departamento: _____ Distrito/Barrio: _____
Telefono: _____
- i) ¿Reside en San Juan hace más de un año? 1. Sí 2. No 9. Se ignora

2.- Datos del tumor

- a) Localización anatómica: _____
- b) Lateralidad _____
- c) Diagnóstico histológico o citológico: _____

- d) Primarios múltiples: 1. Sí 2. No 3. Se ignora Cantidad _____
- e) N° de protocolo: _____
Número _____ Matricula Profesional del Anatómo Patólogo _____

3.- Datos del diagnóstico

- a) Diagnóstico en base a: *(SOLO UNA OPCIÓN, LA MEJOR)*
- | No microscópico | Microscópico |
|---|--|
| <input type="radio"/> 0. Sólo certificado de defunción. | <input type="radio"/> 5. Citología / Cito-hematología |
| <input type="radio"/> 1. Clínica. | <input type="radio"/> 6. Histología de metástasis. |
| <input type="radio"/> 2. Diagnostico por imágenes y/ o endoscopia | <input type="radio"/> 7. Histología de tumor primario. |
| <input type="radio"/> 3. Cirugía exploratoria / autopsia | <input type="radio"/> 8. Autopsia con histología simultánea o previa |
| <input type="radio"/> 4. Marcadores específicos de tumores. | <input type="radio"/> 9. Sin especificar |
- a) Fecha de diagnóstico: _____ Fecha de defunción: _____
Día _____ Mes _____ Año _____
- b) Causa de defunción: _____

4.- Datos del notificador

- a) Nombre de la institución: _____
- b) Nombre del profesional: _____
- c) Matrícula del profesional: _____
- d) Hist. clínica del paciente: Número _____

Profesional o institución que solicita o deriva la practica _____

Observaciones: _____

Registrador: _____

Fecha de recolección:

Día	Mes	Año			

Registro de Tumores
Rivadavia 431 (este)
Ciudad de San Juan
C.P. 5400
E-mail: obrasocial@damsusj.com
Teléfono: 4 224318
FAX: 4 273242



REGISTRO ONCOLÓGICO

Hoja 1 de 2

DATOS DEL AFILIADO:

Nombre y Apellido:

Nº de afiliado: Nº de DNI:

Fecha de nacimiento: Domicilio:

..... Dpto:

DIAGNÓSTICO:

Localización Anatómica:

Histología:

Estadío: Fecha inicio tratamiento:...../..... /.....

T: N: M: Fecha de Diagnóstico:...../..... /.....

PROTOCOLO AL QUE INGRESA: (detallar mgrs/m²)

Nº DE CICLOS PREVISTOS:

1)

2)

3)

4)

5)

PESO: TALLA: SUPERFICIE CORPORAL:

MONODROGA en mgrs. por ciclo:

1)

2)

3)

4)

5)

Hoja 2 de 2

Nombre del paciente:

PERFORMANCE STATUS (ECOG o Karnodsky)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A iniciar:

NEO ADYUVANCIA () ADYUVANCIA () PALIATIVO ()

TRATAMIENTOS PREVIOS:

CIRUGÍA: SI/NO fecha:...../..... /..... Esquema:

QUIMIOTERAPIA: SI/NO fecha:...../..... /..... Esquema:

RADIOTERAPIA: SI/NO fecha:...../..... /..... Esquema:

HORMONOTERAPIA: SI/NO fecha:...../..... /..... Esquema:

EVALUACIÓN DE RESPUESTA

Cada 3 ciclos:

Evaluación por imágenes del sitio metastásico (lesiones target):

.....
.....

Marcadores:

Perfomanance Status:

Tolerancia:

FECHA

firma y sello del médico tratante