

REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

Datos del Establecimiento			
Establecimiento		Código	
HC hospital		HC Servicio	
Fecha Registro/...../.....		

Datos del Paciente			
Apellidos		Nombres	
Sexo	<input type="checkbox"/> 1-Hombre <input type="checkbox"/> 2-Mujer <input type="checkbox"/> 99-Ignorado	Fecha Nacimiento/...../.....
Tipo Documento		<input type="checkbox"/> 1-DNI <input type="checkbox"/> 2-LC/LE <input type="checkbox"/> 3-Cédula Provincial <input type="checkbox"/> 4-Cédula Policía Federal <input type="checkbox"/> 5-Pasaporte <input type="checkbox"/> 6-Documento Extranjero <input type="checkbox"/> 7-Otro <input type="checkbox"/> 99-Ignorado	
País de Nacimiento		Provincia	

Domicilio			
Calle		Nro.	
		Piso	
Provincia		Depto/ Partido	
		Localidad	
Teléfono		Celular	
		E-mail	

Nivel de instrucción	
¿Sabe leer y escribir?	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora
Nivel educativo que cursa o cursó	Situación del nivel cursado
<input type="checkbox"/> 1- Inicial <input type="checkbox"/> 4- Secundario <input type="checkbox"/> 5- Polimodal <input type="checkbox"/> 7- Universitario <input type="checkbox"/> 10-Especial	<input type="checkbox"/> 2- Primario <input type="checkbox"/> 3- EGB <input type="checkbox"/> 6- Superior no universitario <input type="checkbox"/> 8- Pos universitario <input type="checkbox"/> 99-Se Ignora
	<input type="checkbox"/> 1-Completo <input type="checkbox"/> 2-Incompleto <input type="checkbox"/> 99-Se Ignora

Cobertura de obra social o mutual			
Obra Social	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora	¿Cuál/es?	
PAMI	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora		
Prepaga	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora	¿Cuál/es?	

Datos de un contacto			
Nombre y apellido			
Calle		Nro.	
		Piso	
Provincia		Depto/ Partido	
		Localidad	
Teléfono		Celular	
		E-mail	

Datos del tumor											
Fecha Inicio de Síntomas/...../.....	Fecha 1ra. Consulta/...../.....	Fecha de Diagnóstico/...../.....	Edad					
Diagnóstico Código. CIE-O											
Localización Topográfica				Morfología							
Comportamiento				Diferenciación							
<input type="checkbox"/> 0-Benigno <input type="checkbox"/> 1-Malignidad Incierta <input type="checkbox"/> 2-In Situ <input type="checkbox"/> 3-Invasor <input type="checkbox"/> 99-Desconocido				<input type="checkbox"/> 1-Bien diferenciado (G.I) <input type="checkbox"/> 2-Moderadamente diferenciado (G.I) <input type="checkbox"/> 3-Pobrememente diferenciado (G.III) <input type="checkbox"/> 4-Anaplásico (G.IV) <input type="checkbox"/> 9-No Corresponde (NC)				<input type="checkbox"/> 5-Célula T <input type="checkbox"/> 6-Célula B <input type="checkbox"/> 7-Célula Nula <input type="checkbox"/> 8-Célula NK <input type="checkbox"/> 99-Desconocido			

Método diagnóstico (sólo la mejor opción)	
No microscópico	Microscópico
<input type="checkbox"/> 1-Sólo certificado de defunción <input type="checkbox"/> 2-Clínica <input type="checkbox"/> 3-Diagnóstico por imágenes y/o endoscopia <input type="checkbox"/> 4-Cirugía exploratoria / autopsia <input type="checkbox"/> 5-Marcadores específicos de tumores	<input type="checkbox"/> 6-Citología / Cito-hematología <input type="checkbox"/> 7-Histología de metástasis <input type="checkbox"/> 8-Histología de tumor primario <input type="checkbox"/> 9-Autopsia con histología simultánea o previa <input type="checkbox"/> 10- Inmuno-histoquímica (sólo si cambia diagnóstico) <input type="checkbox"/> 99-Sin especificar

Primario múltiple	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora	Cantidad (Nº)	
Otros tumores	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Se ignora	¿Número? 1-4	Temporalidad con Ca. actual <input type="checkbox"/> 1-Anterior <input type="checkbox"/> 2-Simultáneo <input type="checkbox"/> 99-Se ignora

Estadiación							
TNM clínico	T		N		M		Estadío
Lateralidad	<input type="checkbox"/> 1-No <input type="checkbox"/> 2-Izquierdo <input type="checkbox"/> 3-Derecho <input type="checkbox"/> 4-No especificado <input type="checkbox"/> 5-Ambos <input type="checkbox"/> 99-Se ignora						
TNM quirúrgico	pT		pN		M		Estadío

IPI - (Linfomas)	Gleason - Próstata	Mama
<input type="checkbox"/> 0-1-Bajo Riesgo <input type="checkbox"/> 2-Riesgo intermedio bajo <input type="checkbox"/> 3-Riesgo intermedio alto <input type="checkbox"/> 4-5-Riesgo alto	Score 1 a 10	Recep. Estróg. <input type="checkbox"/> 1.(+) <input type="checkbox"/> 2.(-) <input type="checkbox"/> 99.Se ignora
Breslow - Melanoma		Recep. Progest. <input type="checkbox"/> 1.(+) <input type="checkbox"/> 2.(-) <input type="checkbox"/> 99.Se ignora
<input type="checkbox"/> 1-< 1.01 mm <input type="checkbox"/> 4->4.00mm <input type="checkbox"/> 2-1.01-2.00mm <input type="checkbox"/> 5. In situ <input type="checkbox"/> 3-2.01-4.00mm <input type="checkbox"/> 99- Ignorado	Inmuno-histoquímica	Her2-neu <input type="checkbox"/> 1. Negativo (0-1) <input type="checkbox"/> 2. Dudoso <input type="checkbox"/> 3. Positivo <input type="checkbox"/> 99.Se ignora

Otras condiciones del paciente	
Status ECOG	Comorbilidades y Antecedentes
<input type="checkbox"/> 1-Actividad normal	<input type="checkbox"/> 1-Endocrinometabólica <input type="checkbox"/> 2-Cardiovascular
<input type="checkbox"/> 2- Sintomático pero ambulatorio	<input type="checkbox"/> 3-Renal <input type="checkbox"/> 4-Respiratoria
<input type="checkbox"/> 3-Ambulatorio más del 50%	<input type="checkbox"/> 5-Neurológica <input type="checkbox"/> 6-HIV
<input type="checkbox"/> 4-Ambulatorio 50% o menos - asistencia obligatoria	<input type="checkbox"/> 7-HIV <input type="checkbox"/> 8-Hepatitis C
<input type="checkbox"/> 5-Permanece obligadamente en cama requiere atención de otros personas	<input type="checkbox"/> 9-Alcoholismo <input type="checkbox"/> 10- <i>Helicobacter pylori</i>
<input type="checkbox"/> 99-Desconocido	<input type="checkbox"/> 11-Tabaquismo
	<input type="checkbox"/> 12-Antecedentes familiares de cáncer
	<input type="checkbox"/> 99-Se Ignora

Tipo de caso
<input type="checkbox"/> 1-Diagnosticado en este hospital y tratado fuera de este. <input type="checkbox"/> 2-Diagnosticado y tratado en este hospital. <input type="checkbox"/> 3-Diagnosticado en cualquier centro, pero recibe todo o parte del tratamiento en este hospital. <input type="checkbox"/> 4-Diagnosticado y tratado por su tumor primario en cualquier centro, pero que es admitido en esta institución para realizar tratamiento de soporte. <input type="checkbox"/> 5-Diagnosticado y / o tratado en el hospital antes de iniciarse con el Registro de Tumores Hospitalarios <input type="checkbox"/> 6-Diagnosticado mediante autopsia <input type="checkbox"/> 7- Visita única / segunda opinión. <input type="checkbox"/> 99- Ignorado.

SEGUIMIENTO

Fecha de último contacto	Situación del paciente	Seguimiento del tumor					
		Recidiva	Fecha de recurrencia	Forma de la recurrencia			
..../..../....	1-VSEE 4-O 2-VCE 5-P 3-VCSE 99-I	<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	
..../..../....		<input type="checkbox"/> 1-Sí <input type="checkbox"/> 2-No <input type="checkbox"/> 99-Ignorado/..../....	<input type="checkbox"/> 1-Local <input type="checkbox"/> 2-Regional	<input type="checkbox"/> 3-A distancia <input type="checkbox"/> 4- Bioquímica	<input type="checkbox"/> 99- Ignorado	

Situación del paciente al momento del último contacto

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Vivo sin evidencia de enfermedad | <input type="checkbox"/> 4-Óbito |
| <input type="checkbox"/> 2-Vivo con enfermedad | <input type="checkbox"/> 5-Pérdida de seguimiento |
| <input type="checkbox"/> 3-Vivo con sospecha de enfermedad | <input type="checkbox"/> 99-Ignorado |

Datos del óbito

Fecha de defunción/...../.....

Causa de muerte 1- Por el cáncer o complicación 2-Por otra causa 99-Se Ignora

Lugar de defunción 1-Institucional 2-Domiciliaria 99-Se Ignora

País

Provincia

Depto / Partido

Localidad