

## ANEXO N° 3: FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA EL REGISTRO DE CÁNCER EN GENERAL

### ANEXO N°.03. FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CANCER

<b>Hospital</b>	Número de Ficha <input style="width: 150px;" type="text"/>			
	Fecha de Admisión <input style="width: 80px;" type="text"/>	N° HC / N° Autogenerado (EsSalud) <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha de Último Control <input style="width: 80px;" type="text"/>	Clase de Caso <input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>Paciente</b>	Paciente: _____			
	Apellido paterno <input style="width: 100px;" type="text"/>		Apellido materno <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Nombres <input style="width: 150px;" type="text"/>			
	Tipo de Documento: <input style="width: 40px;" type="text"/>	N° Documento: <input style="width: 150px;" type="text"/>		
	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input style="width: 100px;" type="text"/>	Edad <input style="width: 40px;" type="text"/>	
	Grado de Instrucción <input style="width: 40px;" type="text"/>	Ocupación <input style="width: 150px;" type="text"/>		
	Lugar de Residencia			
	Departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>		Provincia <input style="width: 100px;" type="text"/>	Distrito <input style="width: 100px;" type="text"/>
	Dirección <input style="width: 150px;" type="text"/>		Teléfono Fijo <input style="width: 60px;" type="text"/>	Móvil <input style="width: 60px;" type="text"/>
	Condición de Asegurado <input style="width: 40px;" type="text"/>	Persona de Referencia <input style="width: 150px;" type="text"/>		
Tipo de Parentesco <input style="width: 40px;" type="text"/>	Apellido paterno <input style="width: 100px;" type="text"/>	Apellido Materno <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nombres <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Dirección de referencia <input style="width: 150px;" type="text"/>		Teléfono de Referencia <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Tipo de Referencia <input style="width: 40px;" type="text"/>	Fecha de Referencia <input style="width: 100px;" type="text"/>	Tiempo de Enfermedad (días) <input style="width: 60px;" type="text"/> días		
Región que refiere <input style="width: 150px;" type="text"/>		IPRESS que refiere <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Fecha del Último PAP <input style="width: 60px;" type="text"/>	Fec. ult. Mamografía <input style="width: 60px;" type="text"/>	Recibo Vacuna VP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diagnóstico clínico <input style="width: 150px;" type="text"/>				
Fecha de primer diagnóstico <input style="width: 60px;" type="text"/>	T N, T <input style="width: 40px;" type="text"/>	N <input style="width: 40px;" type="text"/>	M <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Estadio clínico <input style="width: 60px;" type="text"/>				
Método de Primer Diagnóstico	Departamento/Servicio que realizó el diagnóstico <input style="width: 150px;" type="text"/>			
1 ( ) Programa de Detección/Tamizaje				
2 ( ) Hallazgo incidental por Exploración Clínica				
3 ( ) Hallazgo incidental por Exploración Endoscópica	Diagnóstico Histológico <input style="width: 150px;" type="text"/>			
4 ( ) Hallazgo incidental por Imágenes				
5 ( ) Hallazgo incidental por Exploración Quirúrgica				
6 ( ) Presentación Clínica (con síntomas)				
7 ( ) Hallazgo incidental en la Autopsia	N° Anat-Patológica <input style="width: 60px;" type="text"/>	Fecha ex. Histológico <input style="width: 60px;" type="text"/>		
8 ( ) Otros				
9 ( ) Desconocido				
Código Topografía CIE-U <input style="width: 60px;" type="text"/>	Código de Morfología CIE-U <input style="width: 60px;" type="text"/>	Grado diferenciación <input style="width: 60px;" type="text"/>		
Método base del diagnóstico	Lateralidad <input style="width: 60px;" type="text"/>			
0 ( ) Sólo por Certificado de Defunción	<u>Subtipo molecular:</u> _____			
1 ( ) Solamente Clínico				
2 ( ) Por Imágenes: RX, Ecografía, TAC/RM				
3 ( ) Por Endoscopia, Colonoscopia, MAA, etc.				
4 ( ) Cirugía Exploratoria	<u>Comentarios</u> _____			
5 ( ) Marcadores tumorales/bioquímicos específicos				
6 ( ) Citología o Hematología/Citometría de flujo				
7 ( ) Histología de Metástasis				
8 ( ) Histología de Tumor Primario				
9 ( ) Base de Diagnóstico Desconocida				

Tratamiento	Tratamiento Inicial			
	<input type="radio"/> Cirugía	Tipo de Cirugía	Fecha	Codigo CPT Observaciones
		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Quimioterapia	Protocolo/Esquema:	Inicio	Comentarios (Dosis, Fin del tratamiento)
	<input type="radio"/> Radioterapia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Inmunoterapia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Terapia biológica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Hormonoterapia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Medicina Nuclear	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Cuidados Paliativo	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="radio"/> Ninguno	<input type="radio"/> Referido para Tratamiento	Hospital de Referencia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Status		Fecha de Referencia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	1 ( ) VCE = Visto con Enfermedad			
	2 ( ) VSE = Visto sin Enfermedad			
	3 ( ) M = Muerto		Fecha de Último Control	<input style="width: 100%;" type="text"/>
4 ( ) PVCE = Perdido de Vista con Enfermedad				
5 ( ) PVSE = Perdido de Vista sin Enfermedad				
Mortalidad	Causa de la Muerte			
	1 ( ) Cáncer			
	2 ( ) Otra Enfermedad			
	3 ( ) Infecciosa			
	4 ( ) Accidente			
	5 ( ) Desconocida			
	Lugar de Deceso			
	1 ( ) INEN			
	2 ( ) Hospital / Clínica			
	3 ( ) Domicilio	Fecha de Defunción	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
4 ( ) Otros				
5 ( ) Ignorado				
Causas de Muerte (CIE - 10)				
A) _____		Código CIE - 10 <input style="width: 100%;" type="text"/>		
B) _____		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
C) _____		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Enfermedad Concurrente _____				
Médico que Certificó la Muerte _____				
Nombres y Apellidos _____				
CMP <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Datos Adicionales _____				