

ANEXO N° 4: FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA EL REGISTRO DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hospital	N° de Ficha <input style="width: 100px;" type="text"/>		N° Historia Clínica <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	DIRESA <input style="width: 100px;" type="text"/>	RED <input style="width: 100px;" type="text"/>	Micro Red <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nombre del establecimiento <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Paciente	Paciente: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
	Apellido paterno		Apellido materno		Nombres
	Tipo de Documento <input style="width: 100px;" type="text"/>	N° Documento <input style="width: 100px;" type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Lugar de Nacimiento País <input style="width: 100px;" type="text"/>	Clase de Caso <input style="width: 100px;" type="text"/>			
	Departamento		Provincia		Distrito
	Lugar de Residencia				
Departamento		Provincia		Distrito	
Dirección <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
Seguro de Salud <input style="width: 100px;" type="text"/>		Grupo Etnico <input style="width: 100px;" type="text"/>	Religión <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Padre/Madre/Cuidador	Datos del Padre/ Madre/ Cuidador				
	Filiación Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/>	Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>		Celular <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Tipo de Documento <input style="width: 100px;" type="text"/>	N° documento <input style="width: 100px;" type="text"/>	E-mail <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	Apellido paterno		Apellido materno		Nombres
	Estado Civil <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nivel educativo <input style="width: 100px;" type="text"/>	Ocupación <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Diagnóstico	TIEMPO PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO				
	Fecha de Inicio de síntomas <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de 1era Evaluación médica <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de 1er Diagnóstico <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de Confirmación del DX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Tipo de Admisión por Cáncer: <input style="width: 100px;" type="text"/>	Tiempo para el diagnóstico <input style="width: 100px;" type="text"/> días			
	Fecha de referencia <input style="width: 100px;" type="text"/>	Establecimiento que lo refiere <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de ingreso al Establecimiento <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	Diagnóstico clínico <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	Comentario Dx <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
	Departamento/Servicio que realizó el diagnóstico <input style="width: 100px;" type="text"/>			Estadio clínico <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	Método de Primer Diagnóstico		Diagnóstico Histológico		
	1 () Programa de Detección/Tamizaje	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
	2 () Hallazgo incidental por Exploración Clínica				
	3 () Hallazgo incidental por exploración endoscópica	N° Anat-Patológica <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha ex. Histológico <input style="width: 100px;" type="text"/>		
4 () Hallazgo incidental por Exploración Imágenes	Código Topografía - CIE-O <input style="width: 100px;" type="text"/>	Código de Morfología - CIE -O <input style="width: 100px;" type="text"/>			
5 () Hallazgo incidental por exploración quirúrgica	Grado diferenciación <input style="width: 100px;" type="text"/>	Lateralidad <input style="width: 100px;" type="text"/>			
6 () Presentación Clínica (con síntomas)	Subtipo molecular: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				
7 () Hallazgo incidental en la autopsia	Nivel de Riesgo <input style="width: 100px;" type="text"/>				
8 () Otros	Comentarios <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>				
9 () Desconocido					
Método base del diagnóstico					
0 () Sólo por Certificado de Defunción					
1 () Solamente Clínico					
2 () Por Imágenes					
3 () Por Endoscopia, Colonoscopia, IVAA, etc.					
4 () Cirugía Exploradora					
5 () Marcadores tumorales incluyendo marcadores bioq					
6 () Citología o Hematología Lámina					
7 () Histología de Metástasis					
8 () Histología de Tumor Primario					
9 () Desconocida					

Tratamiento	Recibió Tratamiento en otra Institución' Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución Institución <input style="width: 150px;" type="text"/>												
	Fecha del Tratamiento <input style="width: 80px;" type="text"/> Tipo de tratamiento <input type="checkbox"/> 1. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 2. Cirugía <input type="checkbox"/> 3. Radioterapia <input type="checkbox"/> 4. Otro												
	Objetivo del Tratamiento en esta Institución <input type="checkbox"/> 1. Curativa <input type="checkbox"/> 2. Paliativa												
	<input checked="" type="radio"/> Cirugía <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">Tipo de Cirugía</td> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">Fecha</td> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">Codigo CPT</td> <td style="border: none; width: 40%; text-align: center;">Observaciones</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>					Tipo de Cirugía	Fecha	Codigo CPT	Observaciones				
	Tipo de Cirugía	Fecha	Codigo CPT	Observaciones									
	<input type="radio"/> Quimioterapia Esquema: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)												
	<input type="radio"/> Quimioterapia de 2da Línea Esquema: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)												
	<input type="radio"/> Radioterapia Esquema: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)												
	<input type="radio"/> TPH Tipo : <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)												
<input type="radio"/> Inmunoterapia Tipo <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)													
<input type="radio"/> Terapia biológica Esquema: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N) Completo Tratamiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													
Mortalidad	<input type="radio"/> Medicina Nuclear Dosis Recibida: <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Inicio: Dia/ Mes/año <input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de Fin : <input style="width: 80px;" type="text"/> Completó tratamiento (S/N)												
	<input type="radio"/> Cuidados Paliativos Tipo: <input style="width: 100px;" type="text"/>												
	<input type="radio"/> Ningún tratamiento <input type="radio"/> Referido para Tratamiento Establecimiento <input style="width: 100px;" type="text"/> Fecha de Referencia <input style="width: 80px;" type="text"/>												
	Status <input type="checkbox"/> 2.- En seguimiento <input type="checkbox"/> 3.- en Remisión <input type="checkbox"/> 4.- En Progresión <input type="checkbox"/> 6.- Abandono de tratamiento (por mas de 4 semanas) <input type="checkbox"/> 7.- Fallecimiento												
	Fecha de Defunción <input style="width: 80px;" type="text"/>												
	Causa de la Muerte 1 () Relacionado al Cáncer 2 () Relacionado al tratamiento oncológico 3 () Otra causa												
	Lugar de Deceso 1 () Establecimiento de Salud 2 () Su domicilio 3 () Otros												
	Causas de Muerte (CIE - 10) A) <input style="width: 150px;" type="text"/> Código CIE - 10 <input style="width: 50px;" type="text"/> B) <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> C) <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>												
	Enfermedad Concurrente <input style="width: 150px;" type="text"/> Médico que Certificó la Muerte <input style="width: 150px;" type="text"/> Nombres y Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/> CMP <input style="width: 80px;" type="text"/> Datos Adicionales <input style="width: 150px;" type="text"/>												
	Codificación	Datos Finales de Variables:											
Clase de Caso 0 Diagnosticado en el Hospital desde la fecha de inicio de Registro, recibiendo tratamiento inicial en otra institución 1 Diagnosticado y tratado inicialmente (total o parcial) en el Hospital reportante 2 Diagnosticado en otra institución y recibiendo todo o parte del tratamiento inicial en el hospital reportante 3 Diagnosticado y recibiendo todo el tratamiento inicial en otra institución 4 Diagnosticado y tratado en el hospital reportante anteriormente a la fecha de inicio de registro 5 Diagnosticado al momento de la autopsia 8 Diagnosticado sólo por Certificado de Defunción 9 Desconocido		Grupo Etnico 1. Quechua 2. Aymara 3. De la Amazonia 4. Negro/Mulato/Zambo 5. Blanco 6. Mestizo/Cholo 7. Asiático descendiente (Chino, Ponja) 8. Otro		Nivel educativo 0. Sin instrucción 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior Técnica 4. Superior Universitaria 9. Desconocida	Tipo de Admisión por Cáncer: 1.- iniciativa propia 2.- médico particular 3.- por referencia								
Grado de Instrucción 1 Sin instrucción 2 Primaria 3 Secundaria 4 Superior Técnica 5 Superior Universitaria		Seguro de Salud 0 No asegurado 1 Seguro Integral (SIS) 2 EsSalud - Regular - Titular 3 EsSalud - Regular - Familiar 4 EsSalud - Facultativo 5 EsSalud - Régimenes Especiales 6 FF.AA./PNP (Titular) 8 FF.AA./PNP (Familiar) 10 Privado Nacional - Pre Pagas 11 Privado Nacional - Autoseguro 12 Privado Nacional - Seguro de Asistencia Médica 13 Privado Extranjero 99 No Especificado		Estado Civil de los Padres 1. Casados 2. Convivientes 3. Soltero(a) 4. Divorciado/Separado 5. Viudo (a) 9. Desconocido	Tipo de Referencia 1 Por Iniciativa Propia 2 Médico Particular 3 Por Referencia								
Tipo de Documento 1 DNI 2 Carné de Extranjería 3 Pasaporte 4 Partida de Nacimiento 5 Sin documento		Grado de Diferenciación 1 Bien Diferenciado 2 Moderadamente Diferenciado 3 Pobremente Diferenciado 4 Indiferenciado 9 No Determinado		Lateralidad 0 Organo no Par 1 Derecha 2 Izquierda 3 Bilateral 4 Par Desconocido 9 Desconocido									
Tipo de Parentesco 3 Madre 4 Hijo(a) 1 Espos(a)/Conviviente 2 Padre													
7 Amistad/Vecino 9 NS 5 Hermano(a) 6 Otro familiar													