

Modelo 68-02-04 Ministerio de Salud Pública Oncología		REPORTE DE CÁNCER						NO. DE REPORTE			
UNIDAD INFORMANTE:											
DATOS GENERALES	1 ^{er} Apellido:			2 ^{do} Apellido:			Nombre(s):				
	Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino			Edad (años cumplidos):			Historia clínica:				
	Color de la piel: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Mestiza			Carnet de identidad:							
	Residencia habitual (calle, carretera, finca, etc.):						No. o km:		Edificio:		Apartamento:
	Entre calles, bloque, zona, reparto:						Localidad:				
	Municipio:				Provincia:						
	<input type="radio"/> Embarazada (trimestre): <input type="radio"/> VIH+										
DATOS GENERALES DEL TUMOR											
FECHA DIAGNÓSTICO			Localización (topografía):						Bilateral: <input type="radio"/> No		
Día	Mes	Año							<input type="radio"/> Derecho		
									<input type="radio"/> Izquierdo		
Tipo histológico (morfología):			T						<input type="radio"/> PSA		
			N						<input type="radio"/> Tumor primitivo		
			M						<input type="radio"/> Metástasis sin tumor primario conocido		
			S								
			<input type="radio"/> Clínico		<input type="radio"/> Patológico (pTNM)						
Base más válida del diagnóstico: <input type="radio"/> 1.Clínica <input type="radio"/> 2.Investigación clínica <input type="radio"/> 4.Marcadores tumorales <input type="radio"/> 5.Citología <input type="radio"/> 6.Histología de una metástasis											
<input type="radio"/> 7.Histología del tumor primario <input type="radio"/> 9.Desconocido											
Extensión clínica: <input type="radio"/> 1.In situ <input type="radio"/> 2.Localizada <input type="radio"/> 3.Extensión directa <input type="radio"/> 4.Linfática regional <input type="radio"/> 5.Extensión directa y linfática regional <input type="radio"/> 6.Metástasis remota											
<input type="radio"/> 7.No aplicable <input type="radio"/> 8.Desconocido											
Etapa clínica: <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> I <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> Ic <input type="radio"/> II <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIc <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IIIc <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IVa <input type="radio"/> IVb <input type="radio"/> IVc <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> No aplicable											
Grado de diferenciación: <input type="radio"/> 1.Diferenciado <input type="radio"/> 2.Moderadamente diferenciado <input type="radio"/> 3.Poco diferenciado <input type="radio"/> 4.Indiferenciado <input type="radio"/> 5.Células T <input type="radio"/> 6.Células B											
<input type="radio"/> 7.Células nulas <input type="radio"/> 8.Células NK <input type="radio"/> 9.No determinado o no aplicable											
SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL											
Transformación hematológica: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No								FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS			
Leucemia linfoide aguda (FAB): <input type="radio"/> L1 <input type="radio"/> L2 <input type="radio"/> L3								Día	Mes	Año	
Leucemia linfoide crónica (Rai): <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV											
Leucemia mieloide aguda (FAB): <input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1 <input type="radio"/> M2 <input type="radio"/> M3 <input type="radio"/> M4 <input type="radio"/> M5 <input type="radio"/> M6 <input type="radio"/> M7											
Leucemia mieloide crónica: <input type="radio"/> Estable <input type="radio"/> Acelerada <input type="radio"/> Crisis blástica											
Clasificación: Mieloma múltiple (Durie-Salmon): <input type="radio"/> Ia <input type="radio"/> Ib <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb											
Linfomas (Ann-Arbor): <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> X <input type="radio"/> S <input type="radio"/> E <input type="radio"/> No aplicable											
FUENTES DE INFORMACIÓN											
<input type="radio"/> Anatomía patológica (citología, histología incluida la autopsia) <input type="radio"/> Hematología <input type="radio"/> Egreso hospitalario <input type="radio"/> Registro de fallecidos											
Provincia informante:						FECHA DE REPORTE					
Nombre del médico que reporta:						Día:	Mes:	Año:			
Firma:											

INSTRUCTIVO

Llenar solo a ciudadanos cubanos, residentes en Cuba. Llenar el modelo en letra de molde, clara y sencilla. No usar abreviaturas.

No. de reporte: Número de registro asignado a cada reporte para su identificación. Los primeros cuatro dígitos se corresponden con el año en que el paciente fue diagnosticado seguido de dos dígitos correspondientes al código de la provincia que reporta y de un número consecutivo para ese año.

No. de carné de identidad: Número de identificación personal único para cada ciudadano cubano. En caso de no aparecer en la historia clínica se debe colocar en las seis (6) primeras casillas la fecha de nacimiento, en el formato año, mes, día.

Nombres y apellidos: Nombre completo del paciente según aparece en el carné de identidad. Escribir con letra legible.

Edad: Años cumplidos al momento del diagnóstico.

Sexo: Femenino, masculino. Marcar en la casilla con una x según corresponda.

Color de la piel: Color de la piel que aparece la historia clínica.

Dirección actual: Residencia habitual del paciente según aparece en la Historia Clínica y/o en el carné de identidad.

Municipio: Municipio de residencia.

Provincia: Provincia de residencia según carné de identidad.

Embarazo: Marcar si el diagnóstico de cáncer se hace en una mujer embarazada, especificar el trimestre del embarazo.

VIH+: Señalar si el paciente tiene resultado positivo de serología para VIH.

Historia clínica: Número de historia clínica del paciente en la unidad informante

DATOS GENERALES SOBRE EL TUMOR

Fecha de diagnóstico: Fecha del primer informe anatomopatológico o del primer diagnóstico de cáncer por un médico.

Localización (topografía): Localización anatómica del tumor primario en palabras, con tanto nivel de detalle como sea posible (subsitio anatómico).

Bilateral: Si es metacrónico marcar derecho o izquierdo. Si es sincrónico especificar la lateralidad del tumor de mayor estadiamiento.

Tipo histológico (morfología): diagnóstico histológico completo tal como aparece en el informe de anatomía patológica.

T N M: Clasificación Internacional de los Tumores, marcar si es clínico o patológico:

T: tamaño del tumor.

N: presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

M: presencia o ausencia de metástasis a distancia.

S: marcador tumoral en suero para el cáncer de testículo, basado en los valores de la alfafeto proteína, gonadotropina coriónica y la deshidrogenasa láctica del suero.

PSA: poner el valor del antígeno prostático específico (PSA) en el momento de la confirmación histológica del cáncer de próstata.

Tumor primitivo o metástasis sin tumor primario conocido: Señalar si el diagnóstico es de un tumor primario o de una metástasis sin conocer el sitio anatómico del tumor primario que la originó.

Base más válida del diagnóstico: Señalar el método de mayor exactitud utilizado para establecer el diagnóstico del paciente, el cual debe corresponderse con el diagnóstico morfológico.

Extensión clínica: Extensión clínica de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Etapa clínica: Etapa clínica al diagnóstico según las normas internacionales vigentes (AJCC).

Grado de diferenciación: Especificar el grado de diferenciación histológica.

SOLO PARA TUMORES DEL SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y DEL RETÍCULO ENDOTELIAL

Transformación hematológica: Si los diagnósticos de los tumores hematológicos malignos son diferentes pero mantienen la misma estirpe celular. Si el intervalo entre la fecha de ambos diagnósticos es superior a tres (3) meses.

Fecha de primeros síntomas: Fecha en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad.

Clasificación: Marcar según el tipo de tumor la casilla que corresponde a la clasificación específica.

Fuentes de información: Especificar TODAS las fuentes por las que el paciente fue reportado.

Unidad Informante: Unidad hospitalaria donde se confecciona el reporte de cáncer. Escribir el nombre completo.

Provincia informante: Provincia donde se confecciona el reporte de cáncer

Nombre del médico: Letra clara y legible. Firma: firma y cuño del médico

Fecha: Fecha exacta del llenado del modelo (DD/MM/AAAA).