**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – CANCER GINECOLÓGICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Caso clínico (marcar con una X):  Nuevo: Seguimiento:  Nombre del médico tratante:  Fecha de envío de este formulario: | | |
|  |  | |
|  |  | |
| Problemas de Diagnostico | |
| Problemas de Seguimiento | |
| Problemas de Tratamiento | |

**Información del Paciente**

|  |
| --- |
| Edad |
| Etnia |
| Departamento de origen |
| Estado civil |
| Escolaridad |
| Procedencia   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ASSE | FEMI | OTRO | |

Antecedentes Personales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paridad | Satisfecha   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Controles Ginecológicos previos   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Colpocitologia Oncológica Previa   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |
| --- |
| Fecha de Ultima |
| Resultado |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fumadora   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

**Comorbilidades:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Medicación habitual

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Síntomas Clínicos

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha | Síntoma |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Datos relevantes de Ex. Físico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Talla: | Peso: | IMC: |

Diagnóstico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha del diagnóstico: | | |
| Colpocitología oncológica: | |  |  | | --- | --- | | si | no | | Resultado |
| Fecha | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Colposcopía | |  |  | | --- | --- | | si | no | | Resultado |
| Fecha | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipificación Viral   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |
| --- |
| Anatomía patológica |

|  |
| --- |
| Estadificación FIGO: |

|  |
| --- |
| **Estudios de Imagen Relevantes** |

|  |
| --- |
| **Estudios de laboratorio Relevantes** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tratamiento inicial   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cirugía   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |
| --- |
| Vía |
| Fecha |
| Complicaciones |
| Anatomía patológica de la cirugía |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Radioterapia   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

**Radioterapia externa:**

|  |
| --- |
| Dosis |
| fecha |

Braquiterapia:

|  |
| --- |
| Dosis |
| Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quimioterapia   |  |  | | --- | --- | | si | no | |

|  |
| --- |
| Fecha |
| Régimen utilizado |

|  |
| --- |
| Fecha fin de tratamiento inicial |

**Comentario sobre tratamiento inicial**

|  |
| --- |
|  |

Seguimiento

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Persistencia | Recidiva |

|  |
| --- |
| Fecha |
| Clínica |
| Paraclínica |
| Tratamiento |

**Comentario sobre seguimiento**

|  |
| --- |
|  |

**Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda:**

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyectoechouruguay@fmed.edu.uy](mailto:proyecto.echo.uruguay@gmail.com)**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**

**Recomendamos descargar el Consentimiento Informado del Paciente antes de realizar la presentación del caso en el Proyecto ECHO. El mismo debería adjuntarse a la historia clínica de su paciente.**