**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**. 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.**