Universidad del Valle

REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER DE CALI
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL VALLE

ENCUESTA DE MORBILIDAD DE CANCER

1. Año y No de Registro ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

1A. Año y No de Regis. Hospit ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

DATOS DEL PACIENTE

2. _____ _____ _____
Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido de casada

_____ _____
Primer Nombre | Segundo Nombre

3. Género: Masculino ☐1 Femenino ☐2 Desconocido ☐9

4. Fecha de Nacimiento: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ **5.**Edad ☐☐ Años Cumplidos

6. Documento de Identidad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6.1 Tipo de Documento TI ☐1 CÉDULA ☐2 EXTRANJ ☐3 PASAPORTE ☐4 NUIP ☐5 SD ☐9

NUIP=**N**úmero **Ú**nico de **I**dentificación **P**ersonal

7. Residencia habitual Cali ☐1 Valle ☐2 Otros ☐3 Extranjero ☐4 Sin Dato ☐9

8. Comuna/Barrio ☐☐☐☐ Dirección de residencia habitual: _____

Ciudad _____ Barrio: _____

9. Lugar de nacimiento Departamento: _____ Municipio: _____ ☐☐☐☐☐

10. Teléfono No. ☐☐☐☐☐☐☐ **10.1.** No. Celular ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

11. Estrato socioeconómico ☐

TUMOR–ESTADIO–COMPORTAMIENTO– DIFERENCIACIÓN-No. DE TUMORES

12. Fecha de diagnóstico DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐

13. Método de diagnostico
Única evidencia certificado defunción ☐0 Histología ☐1 Citología ☐2

Hematología ☐3 Endoscopia ☐4 Cirugía exploratoria ☐5 **13.1** Estadio1 del tumor ☐

Imaginología ☐6 Clínico ☐7 Otras: _____ ☐8

14. Localización primaria
Topografía: _____ ☐☐☐

15. Diagnóstico
Morfología: _____ ☐☐☐☐

16. Comportamiento: ☐ **17.** Estadio 2 del tumor: In situ ☐1 Localizado ☐2 Regional ☐3

Metastásico ☐4 Desconocido ☐9

16.1. Grado diferenciación: Bien diferenciado o diferenciado ☐1 Moderada/ diferenciado Modera bien diferenciado ☐2 Pobremente diferenciado ☐3

Indiferenciado (Anaplásico) ☐4 Desconocido ☐9

18. No. de Tumores ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 **19.** Primario múltiple: ☐☐☐

TIPOS DE TRATAMIENTO

20. Cirugía
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

21. Radioterapia:
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

22. Quimioterapia
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

23. Hormonoterapia:
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

24. Inmunoterapia
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

25. Otros:
Sí [ ] 1 No [ ] 2 Desconocido [ ] 9

Cual: _____

DATOS HOSPITALARIOS

26. 1. No. de Hist. Clínica **IPS, EPS y/u otra** [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

27. Fuente _____ [ ][ ][ ]

28. 2. No. de Hist. Clínica **IPS, EPS y/u otra** [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

29. Fuente _____ [ ][ ][ ]

BIOPSIA Y CITOLOGÍA

30. No de Biopsia: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

31. Laboratorio: _____ [ ][ ][ ]

32. N° de Citología: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

33. Laboratorio: _____ [ ][ ][ ]

34. Tipo de citología: Aspirativa [ ] 1 No Aspirativa [ ] 2 Desconocido [ ] 9

35. Dx. CITOLÓGICO: _____

ÚLTIMO CONTACTO

36. Ultimo Contacto: Día [ ][ ] Mes [ ][ ] Año [ ][ ][ ][ ] **37.** Muerto [ ] 1 Vivo [ ] 2

NOMBRE DEL MÉDICO INFORMANTE

Nombre medico informante: _____ Dirección: _____

OBSERVACIONES

_____

_____

_____
Nombre del Encuestador

INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION – CAUSAS

I. CAUSA DIRECTA a) _____
Debido a:

b) _____
Debido a:

c) _____
Debido a:

d) _____
Debido a:

CIE-10

[ ] 1 SSPM

[ ] 2 OTRO

II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES: _____

Nombre(s) y apellido(s) de quien expide el certificado: _____

Dirección y teléfono: _____

CERTIFICADO EXPEDIDO POR: [ ] 1 Médico tratante [ ] 2 Médico no tratante

[ ] 3 Médico legista [ ] 9 Sin dato

SITIO DE DEFUNCIÓN : Casa [ ] 1 Hospital o clínica [ ] 2 Cual ? _____

Sin dato [ ] 9

Modificado el 04 de Septiembre de 2.007.

Num_Form [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]