

# Forma para compartir casos

## Clínica de ECHO- Prevención y Tratamiento de Cáncer de Cuello Uterino- Latinoamérica



**Instrucciones:** Por favor llene esta forma de la manera más completa posible antes de la clínica de ECHO y envíe el archivo y sus adjuntos (Si corresponde) a la casilla de correo mslopez1@mdanderson.org o a emluaces@gmail.com. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.

---

### Información general

Número de identificación ECHO (A ser llenada por los Medicos en Proyecto ECHO)

Nombre del presentador

Fecha de envío de este formulario

Seleccione una opción

Caso Nuevo

Seguimiento

Usted está interesado en:

Problema de Diagnóstico

Problema de Seguimiento

Problema de Tratamiento

---

### Información del paciente

Edad (años)

Etnia

País de origen

---

### Antecedentes personales

Paridad

Colpocitología Oncológica Previa

Satisfecha

Sí

Sí

No

No

Fecha de la última

Resultado

Fumadora

Sí

No

**Comorbilidades/ Enfermedades:**

**Medicación habitual**

**Síntomas Clínicos**

## Datos relevantes del examen físico

Talla (cm):

Peso (Kg):

IMC (Indice de Masa Corporal):

Otros? Por favor especifique:

---

## Diagnóstico

Fecha del diagnóstico:

Colpocitología Oncológica:

Fecha:

Resultado:

Sí

No

Colposcopia:

Fecha:

Resultado:

Sí

No

Tipificación Viral:

Sí

No

Anatomía Patológica:

Estadificación FIGO si corresponde:

Estudios de laboratorio relevantes

---

# Tratamientos

Tratamiento inicial:

Sí

No

**Cirugía:**

Sí

No

Cirugía realizada:

Vía:

Fecha

Complicaciones:

Anatomía patológica de la cirugía

**Radioterapia:**

Sí

No

Radioterapia externa:

Dosis:

Fecha

Braquiterapia:

Dosis:

Fecha

**Quimioterapia**

Fecha

Sí

No

Regímen utilizado:

Fecha Fin Tratamiento Inicial

Comentario sobre tratamiento inicial

## Seguimiento

Fecha

Persistencia

Recidiva

Clínica:

Paraclínica:

Tratamiento

Comentario sobre seguimiento:

Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda