

REGISTRO ARGENTINO DE MELANOMA CUTÁNEO

Ficha para el Profesional



Completar con la información que posea.

Fecha de llenado de ficha/...../.....

Si se diagnosticaran simultáneamente más de un melanoma en un mismo paciente, completar una ficha para cada tumor.

1 DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre

Sexo: Femenino Masculino

Obra Social Sí

Fecha de Nacimiento:/...../.....

Edad:.....

No

Sin datos

País de Nacimiento: Argentina

Pcia. de Nacimiento.....

Otro

Especificar:.....

Domicilio Habitual. Calle:

Ciudad:.....Provincia:Teléfono:.....

Documento: DNI Cédula Pasaporte Libreta Cívica/Enrolamiento

Número:

2 INFORMACIÓN MÉDICA

Médico Informante:.....

Hospital/Clínica:.....N° de Historia Clínica:.....

Servicio/Departamento/Consultorio:.....

3 DATOS DEL TUMOR

Fecha de diagnóstico/...../.....

Nombre del Patólogo:.....

Localización del Tumor (describir y marcar en Punto 4 en el reverso de la hoja).....

.....

Diagnóstico Histológico

Laboratorio:.....

N° Preparado:

Fuente:

Ulceración Si No Sin datos

In situ

Tipo Histológico: nodular
 léntigo maligno
 extensivo superficial
 lentiginoso acral
 fusocelular
 tipo no especificado
 otro tipo

Especificar.....

- biopsia
- primera cirugía
- ampliación de márgenes
- metástasis
- sin especificar
- revisión biopsia
- revisión cirugía
- revisión sin especificar

Clark: I II III IV V Sin especificar

Breslowmm Breslow Sin especificar

Espesor/Tumor (T):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> T _{1a} : 1mm: sin ulceración o niveles II y III de Clark | <input type="checkbox"/> T _{3a} : 2,01-4mm: sin ulceración |
| <input type="checkbox"/> T _{1b} : 1mm: con ulceración o niveles IV y V de Clark | <input type="checkbox"/> T _{3b} : 2,01-4mm: con ulceración |
| <input type="checkbox"/> T _{2a} : 1,01-2mm: sin ulceración | <input type="checkbox"/> T _{4a} : > 4mm: sin ulceración |
| <input type="checkbox"/> T _{2b} : 1,01-2mm: con ulceración | <input type="checkbox"/> T _{4b} : > 4mm: con ulceración |
| <input type="checkbox"/> T _{is} : Clark 1/in situ | <input type="checkbox"/> T ₀ : No identificable |

Ganglios (N):

- N_x: No se pueden evaluar ganglios linfáticos regionales
 N₀: Sin MTS de ganglios linfáticos regionales
 N₁: 1 Ganglio Linfático
 N₂: 2-3 Gang. Linfáticos, MTS en tránsito/satelitosis sin MTS Gangl.
 N₃: 4 ó más gáng. linfáticos ,MTS en tránsito/satelitosis con MTS Gangl.

Metástasis distante (M):

- M_x: No se puede evaluar MTS a distancia
 M₀: Sin MTS a distancia
 M_{1a}: Piel Distal, Celular Subcutanea; ó Ganglios Distales
 M_{1b}: Pulmonares
 M_{1c}: Otras Vísceras

Antecedentes:

El paciente ha tenido otro melanoma

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Si, después de 2001 | Antecedentes de Melanoma Cutáneo en Familiares | <input type="checkbox"/> Si Familiar:..... |
| <input type="checkbox"/> Si, antes de 2002 | | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sin datos |
| <input type="checkbox"/> Sin datos | | |

4 CODIFICACIÓN DE LOCALIZACIONES

<input type="checkbox"/> Sitio Primario desconocido		
Lateralidad <input type="checkbox"/> 1. Izquierda <input type="checkbox"/> 2. Derecha <input type="checkbox"/> 3. Bilateral <input type="checkbox"/> 4. Central <input type="checkbox"/> 5. No especificada		
<input type="checkbox"/> 1. CABEZA	<input type="checkbox"/> 1. Cráneo	<input type="checkbox"/> 1. Cuero cabelludo <input type="checkbox"/> 2. Zona retroauricular
	<input type="checkbox"/> 2. Cara	<input type="checkbox"/> 1. Frente-sien. <input type="checkbox"/> 2. Zona periocular <input type="checkbox"/> 3. Pómulos/Mejilla <input type="checkbox"/> 4. Nariz <input type="checkbox"/> 5. Labio superior <input type="checkbox"/> 6. Labio inferior <input type="checkbox"/> 7. Mentón <input type="checkbox"/> 8. Oreja <input type="checkbox"/> 9. No especificado
<input type="checkbox"/> 2. CUELLO	<input type="checkbox"/> 1. Anterior	<input type="checkbox"/> 2. Posterior <input type="checkbox"/> 0. Anterior y Posterior
<input type="checkbox"/> 3. TORAX	<input type="checkbox"/> 1. Anterior	<input type="checkbox"/> 1. Hombro-escote <input type="checkbox"/> 2. Pecho <input type="checkbox"/> 3. Costillas <input type="checkbox"/> 9. No especificado
	<input type="checkbox"/> 2. Posterior	<input type="checkbox"/> 1. Hombro <input type="checkbox"/> 2. Espalda <input type="checkbox"/> 9. No especificado
<input type="checkbox"/> 4. ABDOMEN/CINTURA	<input type="checkbox"/> 1. Anterior	<input type="checkbox"/> 2. Posterior
<input type="checkbox"/> 5. PELVIS	<input type="checkbox"/> 1. Pelvis	<input type="checkbox"/> 2. Organos genitales
<input type="checkbox"/> 6. MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/> 1. Brazo. <input type="checkbox"/> 2. Antebrazo <input type="checkbox"/> 3. Mano <input type="checkbox"/> 4. Muñeca	<input type="checkbox"/> 1. Anterior, palmar <input type="checkbox"/> 2. Posterior, dorsal <input type="checkbox"/> 3. Subaxilar <input type="checkbox"/> 9. No especificado
	<input type="checkbox"/> 5. Codo <input type="checkbox"/> 6. Axila <input type="checkbox"/> 9. No especificado	
<input type="checkbox"/> 7. MIEMBROS INFERIORES	<input type="checkbox"/> 1. Muslo <input type="checkbox"/> 2. Pierna <input type="checkbox"/> 3. Pie <input type="checkbox"/> 4. Tobillo <input type="checkbox"/> 5. Rodilla	<input type="checkbox"/> 1. Anterior <input type="checkbox"/> 2. Posterior, plantar <input type="checkbox"/> 3. Subinguinal <input type="checkbox"/> 9. No especificado
	<input type="checkbox"/> 6. Ingle <input type="checkbox"/> 7. Glúteo <input type="checkbox"/> 9. No especificado	

Observaciones

.....

.....

.....