



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD  
REGISTRO NACIONAL DEL CÁNCER DE PANAMÁ  
FORMULARIO DE CASO DE CÁNCER



DATOS GENERALES			
CÉDULA <input type="text"/>			
_____	_____	_____	_____
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
DÍA MES AÑO			
_____	_____	_____	
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	
DIRECCIÓN _____			
N° TELÉFONO _____			
CELULAR 1 _____			
CELULAR 2 _____			
RAZA <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena			
DATOS CLÍNICOS			
FECHA DE DIAGNÓSTICO ____/____/____			
DÍA MES AÑO			
EDAD (al momento de diagnóstico) _____ <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses			
SITIO PRIMARIO (Topografía) <input type="text"/>			
TIPO HISTOLÓGICO (Morfología) <input type="text"/>			
GRADO DE DIFERENCIACIÓN		EXTENSIÓN	LATERALIDAD
<input type="checkbox"/> Bien diferenciado (1)	<input type="checkbox"/> Células B (6)	<input type="checkbox"/> In situ (0)	<input type="checkbox"/> Izquierdo (1)
<input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (2)	<input type="checkbox"/> Células nulas (7)	<input type="checkbox"/> Localizado (1)	<input type="checkbox"/> Derecho (2)
<input type="checkbox"/> Pobremente diferenciado (3)	<input type="checkbox"/> Células NK (8)	<input type="checkbox"/> Regional (2)	<input type="checkbox"/> Bilateral (3)
<input type="checkbox"/> Indiferenciado o anaplásico (4)	<input type="checkbox"/> No determinado, no indicado o no aplicable (9)	<input type="checkbox"/> Metástasis (3)	<input type="checkbox"/> No corresponde (4)
<input type="checkbox"/> Células T (5)		<input type="checkbox"/> Desconocido (9)	<input type="checkbox"/> Desconocido (9)
BASE MÁS VÁLIDA DEL DIAGNÓSTICO		ETAPA CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> Certificado de defunción (0)	<input type="checkbox"/> Citología (5)	<input type="checkbox"/> In situ	<input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> Clínico (1)	<input type="checkbox"/> Histología de una metástasis (6)	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Desconocida
<input type="checkbox"/> Investigación clínica (2)	<input type="checkbox"/> Histología de un tumor primario (7)	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> No aplicable
<input type="checkbox"/> Marcadores tumorales específicos (4)	<input type="checkbox"/> Desconocido (9)	<input type="checkbox"/> III	
T <input type="text"/> N <input type="text"/> M <input type="text"/>			
UNIDAD O INSTITUCIÓN QUE REALIZÓ EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO _____			
UNIDAD O INSTITUCIÓN QUE REPORTA EL CASO _____			
UNIDAD O INSTITUCIÓN QUE DIAGNOSTICÓ EL CASO _____ (SI ES DIFERENTE A LA QUE REPORTA EL CASO)			
FECHA DE DEFUNCIÓN ____/____/____			
DÍA MES AÑO			