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

DATOS GENERALES

CÉDULA ☐

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
_____	_____	_____	_____

FECHA DE NACIMIENTO _____ /_____ /_____ (DÍA / MES / AÑO) **SEXO** ☐ HOMBRE ☐ MUJER

PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO
_____	_____	_____

DIRECCIÓN _____

N° TELÉFONO _____

CELULAR 1 _____

CELULAR 2 _____

RAZA ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Mestizo ☐ Asiático ☐ Indígena

DATOS CLÍNICOS

FECHA DE DIAGNÓSTICO _____ /_____ /_____ (DÍA / MES / AÑO)

EDAD (al momento de diagnóstico) _____ ☐ Años ☐ Meses

SITIO PRIMARIO (Topografía) ☐☐☐☐☐

TIPO HISTOLÓGICO (Morfología) ☐☐☐☐☐☐☐☐

GRADO DE DIFERENCIACIÓN

- ☐ Bien diferenciado (1)
- ☐ Moderadamente diferenciado (2)
- ☐ Pobremente diferenciado (3)
- ☐ Indiferenciado o anaplásico (4)
- ☐ Células T (5)
- ☐ Células B (6)
- ☐ Células nulas (7)
- ☐ Células NK (8)
- ☐ No determinado, no indicado o no aplicable (9)

EXTENSIÓN

- ☐ In situ (0)
- ☐ Localizado (1)
- ☐ Regional (2)
- ☐ Metástasis (3)
- ☐ Desconocido (9)

LATERALIDAD

- ☐ Izquierdo (1)
- ☐ Derecho (2)
- ☐ Bilateral (3)
- ☐ No corresponde (4)
- ☐ Desconocido (9)

BASE MÁS VÁLIDA DEL DIAGNÓSTICO

- ☐ Certificado de defunción (0)
- ☐ Clínico (1)
- ☐ Investigación clínica (2)
- ☐ Marcadores tumorales específicos (4)
- ☐ Citología (5)
- ☐ Histología de una metástasis (6)
- ☐ Histología de un tumor primario (7)
- ☐ Desconocido (9)

ETAPA CLÍNICA

- ☐ In situ
- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ IV
- ☐ Desconocida
- ☐ No aplicable

T ☐ **N** ☐ **M** ☐

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)