

REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

Datos del paciente

Apellidos					Nombres		
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> LC/LE	<input type="checkbox"/> Cédula provincial	<input type="checkbox"/> Cédula Policía Federal	N° documento		
	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Documento extranjero	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se ignora			
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento/...../.....	País de nacimiento		
	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se ignora	Provincia				

HC hospital			HC servicio		
Fecha registro/...../.....				

Domicilio de residencia

País			Provincia			Dpto./Partido			Localidad			
Calle				Nro.			Piso			Dpto.		
Teléfono				Celular				E-mail				

Nivel de instrucción

¿Sabe leer y escribir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se ignora
Nivel educativo alcanzado			
<input type="checkbox"/> 1.2: Inicial incompleto	<input type="checkbox"/> 4.2: Secundario incompleto	<input type="checkbox"/> 7.2: Universitario incompleto	
<input type="checkbox"/> 1.1: Inicial completo	<input type="checkbox"/> 4.1: Secundario completo	<input type="checkbox"/> 7.1: Universitario completo	
<input type="checkbox"/> 2.2: Primario incompleto	<input type="checkbox"/> 5.2: Polimodal incompleto	<input type="checkbox"/> 8: Pos universitario	
<input type="checkbox"/> 2.1: Primario completo	<input type="checkbox"/> 5.1: Polimodal completo	<input type="checkbox"/> 9: Especial	
<input type="checkbox"/> 3.2: EGB incompleto	<input type="checkbox"/> 6.2: Superior o terciario incompleto	<input type="checkbox"/> 999: Se ignora	
<input type="checkbox"/> 3.1: EGB completo	<input type="checkbox"/> 6.1: Superior o terciario completo		

Etnia

¿El paciente se identifica como perteneciente a un pueblo originario o afrodescendiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se ignora
Pueblo originario o afrodescendiente			
<input type="checkbox"/> Atacama	<input type="checkbox"/> Chulupí	<input type="checkbox"/> Lule	<input type="checkbox"/> Ona
<input type="checkbox"/> Ava guaraní	<input type="checkbox"/> Comechingón	<input type="checkbox"/> Maimará	<input type="checkbox"/> Pampa
<input type="checkbox"/> Aymara	<input type="checkbox"/> Diaguita/Diag. Calchaquí	<input type="checkbox"/> Mapuche	<input type="checkbox"/> Pilagá
<input type="checkbox"/> Chané	<input type="checkbox"/> Guaraní	<input type="checkbox"/> Mbyá guaraní	<input type="checkbox"/> Quechua
<input type="checkbox"/> Charrúa	<input type="checkbox"/> Huarpe	<input type="checkbox"/> Mocoví	<input type="checkbox"/> Querandí
<input type="checkbox"/> Chorote	<input type="checkbox"/> Kolla	<input type="checkbox"/> Omaguaca	<input type="checkbox"/> Rankulche
<input type="checkbox"/> Sanavirón	<input type="checkbox"/> Wichí	<input type="checkbox"/> Tapiete	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente
<input type="checkbox"/> Tehuelche	<input type="checkbox"/> Se ignora	<input type="checkbox"/> Toba	
<input type="checkbox"/> Tonocote		<input type="checkbox"/> Tupí guaraní	

Cobertura de obra social o mutual

Obra social	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se ignora	Nombre		
PAMI	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se ignora	N°afiliado		
Prepaga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Se ignora	Nombre		

Datos de contacto

Nombre y apellido								
Teléfono			Celular			E-mail		
Provincia de residencia			Dpto./Partido			Localidad		
Calle				Nro.			Piso	
							Dpto.	

Estado del registro sociodemográfico	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto
--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Datos del tumor

Fecha de inicio de síntomas/...../.....	Fecha 1ra consulta/...../.....
Fecha de toma de muestra/...../.....	Fecha de diagnóstico/...../.....
Edad			
Apellido y nombre del oncólogo/a			
Matrícula (una sola opción)	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Provincial	<input type="checkbox"/> Se ignora
			Número

Diagnóstico código CIE-O

Topografía	Morfología			
Comportamiento				
<input type="checkbox"/> Benigno <input type="checkbox"/> Malignidad incierta <input type="checkbox"/> In Situ <input type="checkbox"/> Maligno, sitio primario <input type="checkbox"/> Se ignora	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Bien diferenciado (G.I) <input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (G.II) <input type="checkbox"/> Probablemente diferenciado (G.III) <input type="checkbox"/> Anaplástico (G.IV) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Célula T <input type="checkbox"/> Célula B <input type="checkbox"/> Célula nula <input type="checkbox"/> Célula NK </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> No aplica (N/A) <input type="checkbox"/> Estirpe mielóide <input type="checkbox"/> Se ignora </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bien diferenciado (G.I) <input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (G.II) <input type="checkbox"/> Probablemente diferenciado (G.III) <input type="checkbox"/> Anaplástico (G.IV)	<input type="checkbox"/> Célula T <input type="checkbox"/> Célula B <input type="checkbox"/> Célula nula <input type="checkbox"/> Célula NK	<input type="checkbox"/> No aplica (N/A) <input type="checkbox"/> Estirpe mielóide <input type="checkbox"/> Se ignora
<input type="checkbox"/> Bien diferenciado (G.I) <input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (G.II) <input type="checkbox"/> Probablemente diferenciado (G.III) <input type="checkbox"/> Anaplástico (G.IV)	<input type="checkbox"/> Célula T <input type="checkbox"/> Célula B <input type="checkbox"/> Célula nula <input type="checkbox"/> Célula NK	<input type="checkbox"/> No aplica (N/A) <input type="checkbox"/> Estirpe mielóide <input type="checkbox"/> Se ignora		

Método diagnóstico (sólo la mejor opción)

No microscópico	Microscópico
<input type="checkbox"/> Solo certificado de defunción <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes y/o endoscopia sin toma de muestra <input type="checkbox"/> Cirugía exploratoria / autopsia c/AP <input type="checkbox"/> Marcadores específicos de tumores <input type="checkbox"/> Citología / Cito - hematología	<input type="checkbox"/> Histología de metástasis <input type="checkbox"/> Histología de tumor primario <input type="checkbox"/> Autopsia con histología simultánea o previa <input type="checkbox"/> Inmuno-histoquímica (sólo si cambia diagnóstico) <input type="checkbox"/> Citometría de flujo <input type="checkbox"/> Biología molecular <input type="checkbox"/> Se ignora

Primario múltiple	Cantidad (N°)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
Otros tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora
	Tumor
	Anterior
	Simultáneo
	Posterior
	Se ignora
	1
	2
	3
	4

Estadificación

TNM clínico	T	N	M	Estadio clínico
Lateralidad	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Izquierdo	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> No especificado
	<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Se Ignora		
TNM patológico	pT	pN	pM	Estadio patológico

Inmuno-histoquímica

Mama

Receptores de estrógenos %	Receptores de progesterona %
Her2-neu <input type="checkbox"/> Negativo (0 - +) <input type="checkbox"/> Dudoso (++) <input type="checkbox"/> Positivo (+++) <input type="checkbox"/> Se ignora	Ki67 % T_{HIS} (Fish o simil) <input type="checkbox"/> Positivo (+) <input type="checkbox"/> Negativo (-) <input type="checkbox"/> Se ignora

Colorrectal

	MLH1	MSH2	MSH6	PMS2
Expresión presente				
Expresión ausente				
Expresión no evaluable				
Se ignora				

Gleason - Próstata	Score 1 a 10
--------------------	--------------

Status ECOG

- Actividad normal Ambulatorio más del 50% Permanece obligadamente en cama requiere atención de otras personas Se ignora
 Sintomático pero ambulatorio Ambulatorio 50% o menos - asistencia obligatoria

IMC

Altura cm Peso habitual kg Peso actual kg
 IMC habitual IMC actual Pérdida de peso %

Otras condiciones del paciente

Comorbilidad y antecedentes

	Si	No	Se ignora		Si	No	Se ignora
Se ignora				HPV			
Endocrinometabólica				Hepatitis B			
Cardiovascular				Hepatitis C			
Respiratoria				Alcoholismo			
Tabaquismo				Helicobacter pylori			
Neurológica				Epstein barr			
Renal				Antecedentes familiares de cáncer heredo familiar			
HIV				Estudio molecular			

	Mutación patológica	VUS	Sin mutación		Mutación patológica	VUS	Sin mutación
BRCA1				MSH2			
BRCA2				MSH6			
PALB2				PMS2			
ATM				NF1			
CHEK2				TEN			
BRIP1				STK11			
TP53				MUTYH			
CDH1				APC			
MLH1				Otro			

Tipo de caso

- Diagnosticado en este hospital y tratado fuera de este
 Diagnosticado y tratado en este hospital
 Diagnosticado en cualquier centro, pero recibe todo o parte del tratamiento en este hospital
 Diagnosticado y tratado por su tumor primario en cualquier centro, pero que es admitido en esta institución para realizar tratamiento de soporte
 Diagnosticado y / o tratado en el hospital antes de iniciarse con el Registro de Tumores Hospitalarios
 Diagnosticado mediante autopsia
 Visita única / segunda opinión
 Se ignora

Estado del registro de tumor

- Completo Incompleto

Tratamiento en otra institución

Fecha de inicio	Intención	Estrategia	Descripción	Fecha de finalización	Cumplimiento	Respuesta
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	

Intención del tratamiento	Estrategias	Respuesta al tratamiento
1: Curativo 2: Adyuvante 3: Neoadyuvante 4: Oncopaliativo 5: Otro 6: Cuidados paliativos 999: Se ignora	1: Cirugía (C) 2: Radioterapia (R) 3: Quimioterapia (Q) 4: Hormonoterapia (H) 5: Control sintomático diferente a opioides 6: Otro (O) 7: Inicio de opioides 8: Inmunoterapia 9: Braquiterapia 999: Se ignora	1: Remisión completa 2: Respuesta parcial 3: Enfermedad estable 4: Progresión de enfermedad 5: Con evidencia de enfermedad residual 6: Sin evidencia de enfermedad residual 7: Toxicidad / Reacción adversa / Intolerancia 999: Se ignora

Tratamiento en esta institución

Fecha de inicio	Intención	Estrategia	Descripción	Fecha de finalización	Cumplimiento	Respuesta
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	
...../...../.....			/...../.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora	

Seguimiento

Fecha de último contacto	Situación del paciente	Seguimiento del tumor		
		Recidiva	Fecha de recurrencia	Forma de recurrencia
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica
...../...../.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ignora/...../.....	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Bioquímica

Situación del paciente al momento del último contacto

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vivo sin evidencia de enfermedad
<input type="checkbox"/> Vivo con enfermedad
<input type="checkbox"/> Vivo con sospecha de enfermedad
<input type="checkbox"/> Vivo se ignora situación
<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Pérdida de seguimiento | <input type="checkbox"/> Abandono voluntario del seguimiento
<input type="checkbox"/> Continúa el seguimiento y control en otra institución
<input type="checkbox"/> Continúa con seguimiento y control domiciliario
<input type="checkbox"/> Alta de paciente
<input type="checkbox"/> Se ignora |
|---|---|

Datos del óbito

Fecha de defunción/...../.....		
Causa de muerte	<input type="checkbox"/> Por el cáncer o complicación	<input type="checkbox"/> Por otra causa	<input type="checkbox"/> Se ignora
Lugar de muerte	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Domiciliaria	<input type="checkbox"/> Se ignora
País		
Provincia	Dpto. / Partido
		Localidad

MÓDULO RAMC

Antecedentes personales y familiares de melanoma

Personal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Heredofamiliar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
	Si	No	Se ignora
Padre			
Madre			
Abuelos maternos			
Abuelos paternos			
Hijos			
Otros			

Datos del tumor

CLARK <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Se ignora	Ulceración <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora	LDH <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Se ignora	Recuento mitótico <input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >10
Breslow mm (de 00,00 a 99,99)			

Estadificación

TNM Clínico	T.....	N.....	M.....	Estadio clínico
Ganglio clínicamente evidente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora	
Ganglio centinela realizado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora	
Resultado ganglio centinela	<input type="checkbox"/> <1mm	<input type="checkbox"/> <=1mm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Se ignora
TNM Patológico	T.....	N.....	M.....	Estadio patológico

Estado del registro del módulo RAMC	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> Incompleto
--	-----------------------------------	-------------------------------------