

FICHA PARA EL REGISTRO DE TAMIZAJE CON TSOMF

Programa Nacional de Prevención
y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal

HOJA PARA EL DATA ENTRY / COPIA PARA EL LABORATORIO / COPIA PARA EL CENTRO DE SALUD

Por favor, recuerde que el TSOMF está indicado para personas entre 50 y 75 años *sin antecedentes ni síntomas*.

CENTRO DE SALUD:		Formulario N°
DATOS PERSONALES		
Nombre y Apellido:		
DNI N°:	Historia Clínica:	
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad:	
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Género: Mujer <input type="checkbox"/> Mujer trans/travesti <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Varón trans <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/>	
Obra social: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Teléfono principal:	Teléfono alternativo:	
Domicilio:	Código postal:	
Departamento:	Localidad:	

CONSULTA EN PRIMER NIVEL	
Fecha: ____/____/____	Centro de Salud:
<u>Recomendación:</u>	
Realización de Test de Sangre Oculta en Materia Fecal (TSOMF) <input type="checkbox"/>	
Derivación a Consejería por antecedentes - sospecha de riesgo elevado (colonoscopia) <input type="checkbox"/>	
Derivación a Consejería / consulta con gastroenterología por síntomas (colonoscopia) <input type="checkbox"/>	

ENTREGA DE TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL	
Fecha de entrega del kit: ____/____/____	N° Lote:

RESULTADO DE TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL		Formulario N°
Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inadecuado <input type="checkbox"/>	Fecha de lectura de muestra: ____/____/____	
Profesional:	Efector:	

Observaciones: _____

