

**Cumplimentar como mínimo las variables "básicas" e imprescindibles, resaltadas en verde.**

Centro informante:	Servicio (si es un hospital).	Año de notificación (cuatro dígitos):
--------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**DATOS DEL PACIENTE:** Si se dispone de **etiqueta identificativa**, pegar sobre las casillas, en cuyo caso no será necesario cumplimentar los datos.

1º apellido:	2º apellido:	Nombre:
Nº de tarjeta sanitaria:	Nº de historia clínica:	Nº D.N.I.
Fecha de nacimiento (día/mes/año) : / /	Edad al diagnóstico (años cumplidos): _____ ,	Sexo: Femenino ( X ) Masculino ( )
Residencia habitual: Localidad:	Provincia:	País:
Dirección:		Nº                      Piso
Lugar de nacimiento: localidad:	Provincia de nacimiento:	País de nacimiento:

**DATOS DEL TUMOR:**

<b>Fecha de diagnóstico:</b> (día/mes/año): / /	Nota: la fecha de diagnóstico se considerará como fecha de Incidencia del tumor a efectos de informes. Puede ser, por este orden: la de primera consulta o ingreso hospitalario a causa del cáncer, del primer diagnóstico del cáncer por un médico, del primer informe anatomopatológico o certificado de defunción.	Fecha del primer síntoma: (día/mes/año): / /
<b>Localización</b> anatómica del tumor (topografía):	Lateralidad (especificar derecho, izquierdo, central):	

<b>Base del diagnóstico:</b> Indicar con una X el método más certero de diagnóstico usado. Señalar sólo uno.								
Sólo clínico	Exploración clínica (rayos X, ultrasonidos,...)	Cirugía exploradora/autopsia						
Pruebas específicas bioquímicas e inmunológicas.	Citología o hematología	Histología de metástasis						
Histología del tumor primario	Autopsia con histología simultánea	Desconocido						
Sólo certificado de defunción								

**Si se ha hecho diagnóstico anátomo-patológico** indicar la morfología: \_\_\_\_\_ y la fecha diagnóstico A-P (día/mes/año) : / /

Estadío en el momento del diagnóstico: indicar con una X en la casilla debajo del que corresponda. Señalar sólo uno.	Para tumores sólidos					Para Linfomas		Si no hay estadío, indicar extensión clínica		
	I	II	III	IV	V	A	B	Localizado	Regional	Diseminado

¿Ha tenido otros tumores primarios?:	NO	SI	en caso afirmativo: Lugar de diagnóstico	fecha (día/mes/año) / /
¿Ha fallecido a fecha de la notificación?:	NO	SI	en caso afirmativo: Causa	fecha (día/mes/año) / /

Persona que cumplimenta la ficha : \_\_\_\_\_