

NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
REGISTRO PROVINCIAL DE TUMORES LEY 6550
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

1. DATOS DEL PACIENTE

A	Apellido							
B	Nombres	Completar con letra imprenta MAYÚSCULA						
C	Sexo	☐ 1. Masculino	☐ 2. Femenino	☐ 9. Se ignora				
D1	Obra social	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. Se ignora				
D2	¿Cuál?							
D3	Nº							
E1	Documento de identidad		E2					
F1	Fecha de nacimiento		F2	Edad				
G	Lugar de nacimiento	G1	País	G2	Provincia			
H	Domicilio	H1	Calle / Barrio					
H3	Departamento	H4	Distrito					
H5	Teléfono	I			¿Reside hace más de 1 año en Mendoza?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. Se ignora

2. DATOS DEL TUMOR

A	Localización anatómica								
B	Lateralidad	☐ Derecha	☐ Izquierda	☐ Bilateral	☐ Desconocido	USO INTERNO			
C	Diagnóstico histológico o citológico								
D1	Nº de protocolo		D2	Patólogo		USO INTERNO			
E1	Primarios múltiples	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. Se ignora	E2	Cantidad			
F	TNM Clásico	F1	TNM clínico		F2	TNM quirúrgico		F3	Estadío
G1	TNM esencial		G2	Estadío esencial					

3. DATOS DEL DIAGNÓSTICO

A	Diagnóstico en base a (la más específica)					
NO MICROSCÓPICO		MICROSCÓPICO				
☐ 0. Sólo certificado de defunción		☐ 5. Citología / Cito-hematología		☐ Inmunohistoquímica		
☐ 1. Clínica		☐ 6. Histología de metástasis				
☐ 2. Diagnóstico por imágenes y/o endoscopia		☐ 7. Histología de tumor primario				
☐ 3. Cirugía exploratoria / autopsia		☐ 9. Sin especificar				
☐ 4. Marcadores específicos de tumores						
B1	Fecha de diagnóstico		B2	Fecha de último contacto		
C1	Fecha de defunción		C2	Muerte por cáncer	☐ 1. Sí	☐ 2. No

4. DATOS DEL NOTIFICADOR

A	Nombre de la institución	Fuente 1
B	Nombre del profesional	Fuente 2
C	Matrícula del profesional	Fuente 3
D	Hist. clínica del paciente	Fuente 4