

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO LÁSER CO2 PARA CÁNCER DE OROFARINGE, HIPOFARINGE Y LARINGE

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Centro dónde se realiza procedimiento: _____

MÉDICO SOLICITANTE

N° de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES ☐ No ☐ Si

Tabaquismo	☐ No ☐ Si	
HTA	☐ No ☐ Si	
Diabetes Mellitus	☐ No ☐ Si	
Obesidad	☐ No ☐ Si	
Insuficiencia renal	☐ No ☐ Si	
Neoplasias	☐ No ☐ Si	Especificar: _____
Antecedentes Neurológicos	☐ No ☐ Si	Especificar: _____
Otros Antecedentes personales	☐ No ☐ Si	Especificar: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Antecedentes familiares de Cáncer (Orofaringe, Hipofaringe, Laringe)? ☐ Si ☐ No ☐ Sin dato

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL (Adjuntar informe e imágenes de tratamientos realizados)

1. ¿Cáncer Previo (Orofaringe, Hipofaringe, Laringe)? ☐ No ☐ Si
 - ¿Recidiva de Cáncer Previo? ☐ No ☐ Si
2. ¿Papilomatosis Prevía? ☐ No ☐ Si
3. ¿Tratamiento Previo con Láser CO2 para Cáncer o Papilomatosis? ☐ No ☐ Si
 - Especifique: _____
 - Fecha del Tratamiento Previo: _____
 - ¿Controles Post-procedimiento? ☐ No ☐ Si N° de controles: _____
4. ¿Otro Tratamiento Previo para Cáncer de Orofaringe, Hipofaringe o Laringe?
☐ No ☐ Si ☐ Sin dato

PRESENTACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Presenta síntomas: ☐ No ☐ Si

¿Cuál/es?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tos | ☐ Sangrado local | ☐ Adenopatías a distancia |
| ☐ Cambios en la voz | ☐ Tumoración palpable | ☐ Metástasis a distancia |
| ☐ Disfagia | ☐ Dolor local | ☐ Repercusión general |
| ☐ Odinofagia | ☐ Adenopatías locales | |

ESTUDIOS REALIZADOS

Endoscopía: ☐ No ☐ Si (Adjuntar informes, foto y/o video) Fecha: ____/____/____

¿Tamaño del tumor menor de 4 cm? ☐ No ☐ Si

Tomografía ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Resonancia: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Anatomía patológica: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

- **Resultado:** ☐ Tumor benigno Cuál/es?: ☐ Papilomatosis
☐ Tumores de glándulas salivales
- ☐ Displasias moderadas a severas
- ☐ Tumor maligno Cuál/es?: ☐ Carcinoma epidermoide
☐ Sarcoma
☐ Adenocarcinoma
☐ Tumores fibrosos solitarios
☐ Tumores malignos de nervios periféricos
☐ Melanoma

Observaciones: _____

Tomografía de emisión por positrones: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Paraclínica:

Electrocardiograma: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Radiografía de Tórax: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Estudios de laboratorio: ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Consideraciones que juzgue relevantes:

ADJUNTAR:

- Resumen de Historia clínica con informes de especialistas si corresponde.
- Informe de planificación terapéutica.
- Informes de estudios realizados:
 - Endoscopia
 - Anatomía patológica
 - Tomografía
 - Resonancia
 - PET
 - Aval anestésico
 - Rutinas preoperatorias