



1. N° único de registro: \_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD – DIGIES

## FICHA DE VIGILANCIA DE CÁNCER Y TUMORES – NOTIFICACIÓN

### DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

2. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ 3. Tipo Establecimiento: \_\_\_\_\_  
4. Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ 5. Distrito: \_\_\_\_\_  
6. Servicio/Departamento: \_\_\_\_\_ 7. Fecha Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### I PARTE: DATOS DEL/LA PACIENTE

8. Documento de Identificación: 1.  Cédula de Identidad 2.  Pasaporte N° \_\_\_\_\_ 3.  No tiene 4.  No se conoce  
9. Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ 9.1. Nombre Social: \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Apellido \_\_\_\_\_  
10. Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  
11. Nacionalidad: 1.  Paraguaya 2.  Otra, especificar \_\_\_\_\_  
12. Pueblo Indígena: 1.  No Aplica 2.  Aplica, especificar \_\_\_\_\_  
1. Aché 2. Angaité 3. Aníhet Norte 4. Avá guaraní 5. Ayoreo 6. Enxet Sur 7. Guaná  
8. Guaraní Nandeva 9. Guaraní Occidental 10. Maká 11. Manjui 12. Mbyá 13. Nivacleé  
14. Pái Tavyterá 15. Sanapaná 16. Toba 17. Toba Maskoy 18. Toba-Qom  
19. Tomárahó 20. Yvytoso  
13. Sexo: 1.  Hombre 2.  Mujer  
14. Lugar de Nacimiento: 1. País \_\_\_\_\_ 2. Departamento: \_\_\_\_\_ 3. Ciudad: \_\_\_\_\_  
15. Lugar de Residencia Habitual del/la paciente: Lugar donde residió el paciente en los últimos 6 meses previos al diagnóstico  
1. Departamento \_\_\_\_\_ 2. Distrito / Ciudad: \_\_\_\_\_  
3. Barrio/Compañía/Asentamiento \_\_\_\_\_ 4. Área: a.  Urbana b.  Rural  
5. Dirección \_\_\_\_\_ 5.1 N° Casa \_\_\_\_\_ 6. N° de Teléfono \_\_\_\_\_  
7. N° de Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### II PARTE: DATOS DEL TUMOR

16. Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 17. Edad al diagnóstico: \_\_\_\_  
18. Base más válida del diagnóstico: (Seleccionar el código que corresponda a la base más válida del diagnóstico)  
0.  Certificado de defunción 1.  Solamente clínico 2.  Procedimientos clínicos 4.  Marcadores tumorales  
5.  Citología y/o hematología 6.  Histología de metástasis 7.  Histología de tumor primario 9.  Desconocido  
19. Localización primaria del tumor (localización anatómica): C \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
20. Morfología: \_\_\_\_  
21. Comportamiento del tumor: 0.  Benigno 1.  Incierto 2.  In situ 3.  Maligno  
22. Grado de diferenciación histológica: 1.  Bien Diferenciado 2.  Moderadamente diferenciado 3.  Pobremente diferenciado  
4.  Indiferenciado 5.  Células T 6.  Células B 7.  Células nulas (no B, no T) 8.  Células NK (asesinas naturales)  
9.  No determinado, no indicado o no aplicable  
23. Lateralidad: 1.  No aplica 2.  Izquierda 3.  Derecha 4.  Bilateral 5.  Desconocido  
24. Estadio al diagnóstico: 1. T \_\_\_\_ 2. N \_\_\_\_ 3. M \_\_\_\_ Estadio \_\_\_\_  
25. Tratamiento  
25.1 Cirugía 1.1 Si  No  1.2 Fecha de cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
25.2 Radioterapia 2.1 Si  No  2.2 Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
25.3 Quimioterapia 3.1 Si  No  3.2 Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
25.4 Tratamiento hormonal 4.1 Si  No  4.2 Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
25.5 Inmunoterapia 5.1 Si  No  5.2 Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
25.6 Otro: \_\_\_\_\_ 6.1 Si  No  6.2 Fecha Inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
26. Fecha de último seguimiento del estado vital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 27. Estado vital: 1.  Vivo 2.  Fallecido 3.  Sin dato  
28. En caso de fallecimiento, fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 29. Número de certificado de defunción: \_\_\_\_\_  
30. Causa de muerte: 1.  Relacionada a éste cáncer 2.  Relacionada a otra causa 3.  Causa no especificada

### III PARTE: DATOS DE ESTUDIOS REALIZADOS

31. Biopsia N°: \_\_\_\_\_ 31.1. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 31.2. Establecimiento: \_\_\_\_\_  
32. Imagen N°: \_\_\_\_\_ 32.1. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 32.2. Establecimiento: \_\_\_\_\_  
33. Citología N°: \_\_\_\_\_ 33.1. Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 33.2. Establecimiento: \_\_\_\_\_  
34. Historia Clínica N°: \_\_\_\_\_ 35. Datos Obligatorios pendientes: 1.  Sí 2.  No

### IV PARTE: DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA

36. Documento de Identificación: \_\_\_\_\_ 37. Especialidad: \_\_\_\_\_  
38. Nombres(s) y Apellidos(s): \_\_\_\_\_ 39. Firma, Sello: \_\_\_\_\_