



V.2009,1

LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA LINFOIDE - Cód INS 456

LEUCEMIA AGUDA PEDIÁTRICA MIELOIDE - Cód INS 457

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombre y apellidos del paciente:	B. Tipo de ID*:	No. De Identificación:
--	------------------------	-------------------------------

TIPO DE LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA (marque con X la que se presente)

1 Leucemia Aguda Probable 2 Leucemia Linfocítica Aguda 3 Leucemia Mielocítica Aguda 4 Mortalidad por Leucemia Aguda pediátrica

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Complicaciones (marque con X los que se representen)

<input type="checkbox"/> 1 Infección	<input type="checkbox"/> 2 Síndrome de Lisis Tumoral	<input type="checkbox"/> 3 Trombosis
<input type="checkbox"/> 4 Hemorragia	<input type="checkbox"/> 5 Crisis Convulsiva	<input type="checkbox"/> 6 Desconocido (Solo para Mortalidad)
<input type="checkbox"/> 7 Otras _____		

5. DATOS DE LABORATORIO

5.1. Cuadro Hemático:

Fecha de toma	Fecha de recepción	Fecha de resultado	Valor Registrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% de Blastos linfocitos:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	% de Blastos mielocitos:

5.2. Frotis de Sangre Periférica

Fecha de toma	Fecha de recepción	Fecha de resultado	Valor Registrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% de Blastos linfocitos:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	% de Blastos mielocitos:

5.3. Estudio de Médula Ósea

Fecha de toma	Fecha de recepción	Fecha de resultado	Valor Registrado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	% de Blastos linfocitos:
Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	% de Blastos mielocitos:

6. CAUSAS DE MUERTE

*Registre las causas de Muerte de conformidad al certificado de defunción.

6.1. Sitio de Defunción:	6.1.1 Otro, Cuál?
<input type="checkbox"/> 1 IPS - Clínica - Hospital <input type="checkbox"/> 2 Domicilio <input type="checkbox"/> 3 Durante el traslado <input type="checkbox"/> 4 Otro.	

6.2. Causa Directa de Muerte:	CIE 10	6.3. Causa de muerte determinada por:
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Historia clínica <input type="checkbox"/> 2 Autopsia verbal
		<input type="checkbox"/> 3 Necropsia

6.4. Causa Antecedentes:

7. SEGUIMIENTO

7.1 TIEMPOS EN LA ATENCIÓN

7.1.1 Tiempo entre Primera Consulta y Remisión para Diagnóstico:	Días: <input type="text"/>	Meses: <input type="text"/>
7.1.2 Tiempo entre Primera Consulta y Diagnóstico Definitivo:	Días: <input type="text"/>	Meses: <input type="text"/>
7.1.3 Tiempo entre Diagnóstico Definitivo e Inicio de Tratamiento:	Días: <input type="text"/>	Meses: <input type="text"/>

7.2. DATOS DEL DILIGENCIAMIENTO

7.2 Profesional que diligencia la ficha:	7.2 Teléfono de Contacto:
---	----------------------------------

Observaciones y Seguimiento:
