

REGISTRO GASTROENTEROLÓGICO – VIDEOCOLONOSCOPIA

ENTIDAD: _____

CÍRCULO MÉDICO: _____

FECHA REALIZACIÓN: ____/____/____

A) DATOS PACIENTE

NÚMERO DE AFILIADO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA NACIMIENTO: ____/____/____

TELÉFONO/CELULAR DE CONTACTO: _____

E-MAIL: _____

B) MOTIVO DEL ESTUDIO (marcar con tilde)

TSOMF POSITIVO (inmunohistoquímica) ☐

ANTECEDENTES:

1) FAMILIAR PRIMER GRADO (madre, padre, hermano, hijo) CON DIAG. DE CCR ☐

2) PERSONALES:

EII (Enfermedad inflamatoria intestinal) COLITIS ULCEROSA Ó ENFERMEDAD DE CROHN ☐SD de LYNCH ☐POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR ☐

C) HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS (marcar con tilde)

SIN HALLAZGOS ANORMALES

HALLAZGOS:

- | | | |
|-----|------------------------------|--------------------------|
| 1) | PÓLIPO PEDICULADO | ☐ |
| 2) | SESIL | ☐ |
| 3) | LESIÓN PLANA ELEVADA | ☐ |
| 4) | LESIÓN PLANA PLANA | ☐ |
| 5) | PLANA DEPRIMIDA | ☐ |
| 6) | ELEVADA | ☐ |
| 7) | LESIÓN SOSPECHOSA DE CCR | ☐ |
| 8) | EII ENFERMEDAD DE CROHN | ☐ |
| 9) | EII COLITIS ULCEROSA | ☐ |
| 10) | EII INDETERMINADA | ☐ |
| 11) | FÍSTULA, FISURA, HEMORROIDES | ☐ |
| 12) | DIVERTÍCULOS | ☐ |
| 13) | ANGIODISPLASIAS | ☐ |

D) LOCALIZACIÓN (marcar con tilde)

- | | | |
|---|-------------------|--------------------------|
| • | RECTO INFERIOR | ☐ |
| • | RECTO MEDIO | ☐ |
| • | RECTO SUPERIOR | ☐ |
| • | COLON SIGMOIDEO | ☐ |
| • | COLON DESCENDENTE | ☐ |
| • | COLON TRASVERSO | ☐ |
| • | COLON ASCENDENTE | ☐ |
| • | ANGULO HEPATICO | ☐ |
| • | ANGULO ESPLÉNICO | ☐ |
| • | CIEGO | ☐ |

NÚMERO TOTAL DE POLIPOS _____

TAMAÑO _____ (registrar el de mayor tamaño)

RESECCIÓN COMPLETA: SI/ NO

RECUPERACIÓN DE MATERIAL: SI/NO

BIOPSIA: SI/NO

E) CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN (marcar con tilde)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| • | INTERVENCIÓN NO TERAPÉUTICA | ☐ |
| • | INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON ANSA DIATÉRMICA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON ANSA FRÍA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON PINZA FRÍA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON PINZA CALIENTE | ☐ |
| • | MUCOSECTOMÍA | ☐ |
| • | MARCACIÓN O TATUAJE | ☐ |

F) PLAN DE SEGUIMIENTO:

VIGILANCIA

PERIODICIDAD _____ AÑOS

G) DATOS PROFESIONAL:

Nº MATRÍCULA: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

REGISTRO GASTROENTEROLÓGICO – VIDEOCOLONOSCOPIA

ENTIDAD: _____

CÍRCULO MÉDICO: _____

FECHA REALIZACIÓN: ____/____/____

A) DATOS PACIENTE

NÚMERO DE AFILIADO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA NACIMIENTO: ____/____/____

TELÉFONO/CELULAR DE CONTACTO: _____

E-MAIL: _____

B) MOTIVO DEL ESTUDIO (marcar con tilde)

TSOMF POSITIVO (inmunohistoquímica) ☐

ANTECEDENTES:

1) FAMILIAR PRIMER GRADO (madre, padre, hermano, hijo) CON DIAG. DE CCR ☐

2) PERSONALES:

EII (Enfermedad inflamatoria intestinal) COLITIS ULCEROSA Ó ENFERMEDAD DE CROHN ☐SD de LYNCH ☐POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR ☐

C) HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS (marcar con tilde)

SIN HALLAZGOS ANORMALES

HALLAZGOS:

- | | | |
|-----|------------------------------|--------------------------|
| 1) | PÓLIPO PEDICULADO | ☐ |
| 2) | SESIL | ☐ |
| 3) | LESIÓN PLANA ELEVADA | ☐ |
| 4) | LESIÓN PLANA PLANA | ☐ |
| 5) | PLANA DEPRIMIDA | ☐ |
| 6) | ELEVADA | ☐ |
| 7) | LESIÓN SOSPECHOSA DE CCR | ☐ |
| 8) | EII ENFERMEDAD DE CROHN | ☐ |
| 9) | EII COLITIS ULCEROSA | ☐ |
| 10) | EII INDETERMINADA | ☐ |
| 11) | FÍSTULA, FISURA, HEMORROIDES | ☐ |
| 12) | DIVERTÍCULOS | ☐ |
| 13) | ANGIODISPLASIAS | ☐ |

D) LOCALIZACIÓN (marcar con tilde)

- | | | |
|---|-------------------|--------------------------|
| • | RECTO INFERIOR | ☐ |
| • | RECTO MEDIO | ☐ |
| • | RECTO SUPERIOR | ☐ |
| • | COLON SIGMOIDEO | ☐ |
| • | COLON DESCENDENTE | ☐ |
| • | COLON TRASVERSO | ☐ |
| • | COLON ASCENDENTE | ☐ |
| • | ANGULO HEPATICO | ☐ |
| • | ANGULO ESPLÉNICO | ☐ |
| • | CIEGO | ☐ |

NÚMERO TOTAL DE POLIPOS _____

TAMAÑO _____ (registrar el de mayor tamaño)

RESECCIÓN COMPLETA: SI/ NO

RECUPERACIÓN DE MATERIAL: SI/NO

BIOPSIA: SI/NO

E) CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN (marcar con tilde)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| • | INTERVENCIÓN NO TERAPÉUTICA | ☐ |
| • | INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON ANSA DIATÉRMICA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON ANSA FRÍA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON PINZA FRÍA | ☐ |
| • | POLIPLECTOMÍA CON PINZA CALIENTE | ☐ |
| • | MUCOSECTOMÍA | ☐ |
| • | MARCACIÓN O TATUAJE | ☐ |

F) PLAN DE SEGUIMIENTO:

VIGILANCIA

PERIODICIDAD _____ AÑOS

G) DATOS PROFESIONAL:

Nº MATRÍCULA: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____