

## Anexo II

### Historia Clínica del programa

#### HISTORIA CLÍNICA

##### **A.- DESCRIPCIÓN:**

Es el documento donde se recoge la información médica y administrativa de cada mujer que se genera con el cribado y que posteriormente se informatiza.

Comprende cuatro bloques principales:

- 1º.- Datos de identificación de la mujer,
- 2º.- Antecedentes,
- 3º.- Realización de la mamografía e informe radiológico,
- 4º.- Resultado del cribado y conducta a seguir.

##### **B.- CUMPLIMENTACIÓN:**

1.- APARTADOS A CUMPLIMENTAR EN LA UNIDAD DE MAMOGRAFÍA Ó EN ATENCIÓN PRIMARIA:

- ***Datos de identificación de la mujer***

- *Tipo de asistencia sanitaria y médico de familia:* En el ángulo superior derecho se pone el nombre, sello o pegatina del médico de familia. Si la mujer tiene asistencia sanitaria distinta de SACYL se indicará cual.
- 
- *Nº de caso:* Se cumplimentará el número si ya hubiera participado anteriormente y se conoce. Este número de caso comienza por un código de dos dígitos que identifica la provincia donde se hace la mamografía la primera vez seguido de un número correlativo. El número es único y permanente para cada mujer participante en el Programa, manteniéndose aunque cambie de provincia de residencia o se realice las mamografías en unidades diferentes.
- 
- *Apellidos y nombre:* Se seguirán las siguientes normas:
  - Se escribirán con mayúsculas y sin acentos.
  - Los apellidos compuestos se escribirán completos, sin desechar ninguna partícula (DE, DE LA, SAN, etc.), que se colocará delante del apellido.
  - En las personas con un solo apellido y extranjeros se considerará su segundo apellido como un espacio en blanco.
  - Los nombres se pondrán completos. No se admiten abreviaturas ni nombres familiares. Solo se admite la inicial si va seguida de punto, pero procurando siempre conocer el nombre completo.

- *Fecha de nacimiento*: Formato DD/MM/AAAA.
- *DNI*.
- *Domicilio* completo (calle, nº, piso, CP y localidad).
- *Teléfono*: propio, o de familiar o vecino próximo

- **Antecedentes**

- Personales o familiares de *cáncer de mama y/u ovario*: N/S. Si la respuesta es S, se indicará quien y la edad en la que se diagnosticó (se pueden recoger los datos de tres familiares).
- Tratamiento hormonal sustitutivo: Se indicará S, si lo ha recibido y las fechas aproximadas de inicio y finalización.
- Patología mamaria previa: Si existe patología señalarlo en la casilla correspondiente y en observaciones especificar.

2.- APARTADOS A CUMPLIMENTAR POR LA T.E.R. EN LA UNIDAD MAMOGRÁFICA.

- *Fecha de Mamografía*: DD/MM/AAAA.
- *Identificación de T.E.R.*: Código individual.
- *Identificación de la Unidad*: Código único de identificación.
- *Alteraciones anatómicas relevantes*: señalar en el esquema de la mama su localización y anotar en texto los hallazgos.
- *Observaciones*: cualquier dato que se considere de interés para la interpretación de las placas.

3.- APARTADOS A CUMPLIMENTAR POR EL RADÍÓLOGO.

- \* *Completar proyecciones*: Si se precisa, se señalará la fecha, la mama y la proyección correspondientes.
- \* *Categorías*: Se marcará en cada mama la que corresponda con la clasificación adaptada de BI-RADS.
- \* *Descripción de la lesión*: Si se aprecia/n lesión/es se señalará/n el tipo en la mama correspondiente y también en el esquema para su localización anatómica.
- \* *Resultado del cribado y primera conducta a seguir*: Se anotará La fecha de la lectura y uno de los tres resultados posibles. El radiólogo pondrá su código de identificación y su firma.

En caso de doble lectura, el segundo radiólogo (R2) cumplimentará la 2ª hoja de la historia, de la misma manera y si se precisa consenso se rellenarán los apartados correspondientes igualmente.

# PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA



Otra Asistencia sanitaria MUFACE  
ISFAS  
MUGEJU  
Sello o nombre del médico

Z.B.S. Localidad

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**DATOS DE IDENTIFICACION** ¿Ha participado anteriormente en el programa?  Sí  No

CASO: Apellido \_\_\_\_\_ 2º Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ F. de Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES** (1=Mujer 2=Madre, 3 =Hermana 4 = Hija: 5 = Padre )

Ant. Personales/Familiares de Cá. de mama: N/S  ¿Quién?  edad  ¿Quién?  edad  ¿Quién?  edad

Ant. Personales/Familiares de Cá de ovario : N/S  ¿Quién?  edad  ¿Quién?  edad  ¿Quién?  edad

Tto hormonal sustitutivo: N/S  desde \_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_ Patología mamaria previa: N/S

Observaciones \_\_\_\_\_

**MAMOGRAFIA.** Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TER: \_\_\_\_\_ Unidad \_\_\_\_\_

Anotar las características anatómicas relevantes Especificar: \_\_\_\_\_ (1=Cicatriz, 2=verrugas, 3= retracción 4=pezón, 5=secreción, 6=nódulo, etc)

Observaciones del TER: \_\_\_\_\_

**INFORME** Precisa proyecciones complementarias  D  I

1.Repetir OML 4. Compresión localizada  
2. Repetir CC 5. Ampliación  
3. Lateral

**CATEGORIAS (adaptación de BIRADS)**

|  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
|  | R.1                         |                          |
|  | D                           | I                        |
| 0. No Valorable/No examinada               | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> |
| 1. Normal                                  | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lesión benigna                          | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lesión probablemente benigna            |                             |                          |
| 3. A .de control intermedio.               | <input type="checkbox"/> 3a | <input type="checkbox"/> |
| 3. B Realizar pruebas complementarias      | <input type="checkbox"/> 3b | <input type="checkbox"/> |
| 4 Moderada probabilidad de dco maligno     | <input type="checkbox"/> 4  | <input type="checkbox"/> |
| 5 Alta probabilidad de diagnostico maligno | <input type="checkbox"/> 5  | <input type="checkbox"/> |

D

I

D

I

**DESCRIPCION DE LA LESION**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | R.1                      |                          |
|  | D                        | I                        |
| 1. Nódulo o masa                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. densidad asimétrica                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. distorsión de la arquitectura glandular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. neodensidad                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. microcalcificaciones                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Imagen estrellada                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otras:<br>(especificar.) _____          |                          |                          |

**RESULTADO DEL CRIBADO Y PRIMERA CONDUCTA A SEGUIR** Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 Negativo. Nuevo estudio a los 2 años  2 Negativo. Realizar un control al intermedio 1 año  6 meses  3 Positivo. Derivar al centro de referencia para completar el estudio

Observaciones: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ  
DEL CÁNCER DE MAMA

Castilla y León




Ha participado  
ya en el  
Programa de  
Mama

DATOS DE IDENTIFICACIÓN      Nº CASO

Apellidos y Nombre.....  
.....  
Provincia.....  
.....

|                 |          |                |                                       |                          |                          |
|-----------------|----------|----------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | <b>D</b> | <b>I</b>       |                                       | 1.Repetir OML            | 4. Compresión            |
| localizada      |          |                |                                       |                          |                          |
| <b>INFORME:</b> | Fecha    | ____/____/____ | Precisa proyecciones complementarias: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 |          |                |                                       | Repetir CC               | 5. Ampliación            |
|                 |          |                |                                       | 3. Lateral               |                          |

  

| CATEGORIAS (adaptación de BIRADS)          | R.2                      |                             | Consenso                 |                             |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|  | D                        | I                           | D                        | I                           |
| 0. No Valorable/No examinada               | <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>  |
| 1. Normal                                  | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>  |
| 2. Lesión benigna                          | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/>  |
| 3. Lesión probablemente benigna            | <input type="checkbox"/> | 3a <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3a <input type="checkbox"/> |
| 3. A .de control intermedio                | <input type="checkbox"/> | 3b <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3b <input type="checkbox"/> |
| 3. B Realizar pruebas complementarias      | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/>  |
| 4 Moderada probabilidad de dco maligno     | <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/>  |
| 5 Alta probabilidad de diagnostico maligno | <input type="checkbox"/> |                             | <input type="checkbox"/> |                             |

  

| DESCRIPCION DE LA LESION                   | R.2                      |                          | Consenso                 |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | D                        | I                        | D                        | I                        |
| 1. Nódulo o masa                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. densidad asimétrica                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. distorsión de la arquitectura glandular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. neodensidad                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. microcalcificaciones                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Imagen estrellada                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otras:<br>(especificar.).....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

**D**

**I**

  

**D**

**I**

RESULTADO DEL CRIBADO Y PRIMERA CONDUCTA A SEGUIR

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1 Negativo.  
Nuevo estudio a los 2 años

2 Negativo.  
Realizar un control al intermedio

3 Positivo. Derivar al centro de Referencia para completar el estudio

1 año       6 mese s

Observaciones: \_\_\_\_\_