OBJETIVO: Evaluar el acceso y la oportunidad al diagnóstico y tratamiento que tienen las pacientes con lesiones cervicales de alto grado o cáncer de acuerdo con el reporte citológico.

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE REALIZACION VISITA DE CAMPO |  |
| FECHA DE NOTIFICACION DEL CASO AL SIVIGILA |  |
| NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE REALIZARLA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos del paciente |  |
| Documento de identificación |  |
| Edad |  |
| Régimen de salud | Subsidiado\_\_ Contributivo\_\_ Especial\_\_ No afiliado |
| Nombre de la EPS |  |
| Ocupación |  |
| Dirección actual de residencia habitualBarrioComuna |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Nombre del padre o de la madre |  |

Antecedentes obstétricos: Gestaciones: \_\_ Partos: \_\_ Cesareas: \_\_ Abortos: \_\_ Vivos: \_\_ Muertos: \_\_\_

Menarquia: \_\_\_\_\_\_ Periodo menstrual: Regular\_\_\_\_\_\_\_\_ Irregular\_\_\_\_\_\_\_

Edad de inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_\_

Número de Parejas sexuales: \_\_\_\_

Utiliza doble protección: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_ Porqué \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Método de planificación familiar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consume Alcohol – SPA: SI\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Institución donde se toma las citologías\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reporte de la Citología Actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cada cuanto se tomaba la citología\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desde que edad\_\_\_\_\_\_\_\_

En su EPS realizaban educación sobre la prevención del CA de cuello uterino: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Ha presentado una enfermedad de Transmisión sexual: SI\_\_\_ Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_

Infecciones vaginales/urinarias: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_

Le hicieron colposcopia: SI\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_ institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le hicieron Biopsia: SI\_\_\_ Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le realizarón algún tratamiento: SI\_\_\_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Porque\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Institución donde se le está llevando a cabo el Tratamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su EPS ha realizado visita de seguimiento: SI\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_

Las citas - tratamiento requerido y procedimiento su EPS los ha autorizado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE TRATAMIENTO: RADIOTERAPIA\_\_\_\_

 QUIRURGICO\_\_\_\_

 QUIMIOTERAPIA\_\_\_\_

 HORMONOTERAPIA\_\_\_\_

 CUIDADOS PALIATIVOS\_\_\_\_

 INMUNOTERAPIA\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Demora en la atención de los servicios: SI\_\_\_ Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de persona que atiende la visita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del responsable de la visita

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_