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

**DATOS BASICOS DEL PACIENTE**

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

**DESARROLLO DE LA VISITA:**

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

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

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

Fecha de ultima mamografía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXAMEN DE CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA DE CANCER DE MAMA:**

Fecha de procedimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE TRATAMIENTO: Radioterapia\_\_\_\_ Quimioterapia\_\_\_\_ Hormonoterapia\_\_\_\_ Quirúrgico\_\_\_\_ Cuidados Paliativos\_\_\_\_ Inmunoterapia\_\_\_\_

Nombre de la Institución en donde recibe el tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad en donde recibe el tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo reside en Ibagué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(SI la paciente reside hace menos de 6 meses en Ibagué, indagar el municipio de residencia anterior)

¿Municipio en donde residía? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Nombre y firma de persona que atiende la visita**

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

**Nombre y firma del responsable de la visita**

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