

Persona que cumplimenta el formulario: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

HC: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO Y DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS**

Niveles de PSA: |\_\_|\_|,|\_\_|\_| ng/dl Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Cociente PSA libre/total: |\_\_|\_|\_| % (Niveles de PSA en el momento del diagnóstico)

**Confirmación histológica:**

Sí, de biopsia(1)  Sí, de adenomectomía (2)  Sí, de RTU u otros (3)  No consta (9)  
 Fecha de diagnóstico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Grado de Gleason:**

Grado primario: |\_\_| Grado secundario: |\_\_| **Score de Gleason:** |\_\_|\_|

**Para biopsia: nº de biopsia** \_\_\_\_\_

Lado derecho	Lado izquierdo
Nº total de cilindros:  __ _	Nº total de cilindros:  __ _
Nº de cilindros afectados:  __ _	Nº de cilindros afectados:  __ _
Porcentaje de tejido afectado por el tumor:  __ _ _ %	Porcentaje de tejido afectado por el tumor:  __ _ _ %

**Para pieza quirúrgica: nº de biopsia** \_\_\_\_\_

Tamaño del tumor : |\_\_|\_|,|\_\_|\_| cm X |\_\_|\_|,|\_\_|\_| cm X |\_\_|\_|,|\_\_|\_|cm

Margen de resección:  Libre  Afectado  No consta

Invasión local:  No  Sí. Localización:  Grasa periprostática  
 Otra extensión extraprostática  
 Afectación vesículas seminales  
 Invasión linfática:  No  Sí  Desconocido  
 Invasión vascular:  No  Sí  Desconocido  
 Invasión perineural:  No  Sí  Desconocido

Nº de ganglios aislados: |\_\_|\_|

Nº de ganglios afectados: |\_\_|\_|

**ESTADIO: EXTENSIÓN DEL TUMOR**

**Estadio clínico antes del tratamiento (ESENCIAL rellenarlo en casos sin cirugía)**

TNM (clínico): T \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M \_\_\_\_

**Estadio quirúrgico. Rellenar siempre que haya habido cirugía:**

TNM (quirúrgico): T \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M 0

Neoadyuvancia Y  (marcar esta casilla si el tamaño T se valora después de recibir tratamiento neoadyuvante)

<p><b>Tamaño Tumoral (T)</b></p> <p><input type="checkbox"/> TX: El tumor primario no puede valorarse</p> <p><input type="checkbox"/> T0: No existen evidencias de tumor primario</p> <p><input type="checkbox"/> T1: Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen</p> <p><input type="checkbox"/> T1a: Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido reseado</p> <p><input type="checkbox"/> T1b: Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor del 5% del tejido reseado</p> <p><input type="checkbox"/> T1c: Tumor identificado mediante punción biopsica (por ejemplo a consecuencia de un PSA elevado)</p> <p><input type="checkbox"/> T2: Tumor limitado a la próstata</p> <p><input type="checkbox"/> T2a : Unilateral, afectación de la mitad de un lóbulo o menos</p> <p><input type="checkbox"/> T2b: Unilateral, afectación de más de la mitad de un lóbulo pero no de ambos lóbulos</p> <p><input type="checkbox"/> T2c: Afectación bilateral</p> <p><input type="checkbox"/> T3: Extensión extraprostática</p> <p><input type="checkbox"/> T3a: Extensión extraprostática</p> <p><input type="checkbox"/> T3b: Invasión de vesículas seminales</p> <p><input type="checkbox"/> T4: Tumor fijo o que invade estructuras vecinas diferentes de las vesículas seminales (cuello vesical, esfínter externo, recto, músculos elevadores del ano y/o pared pélvica.)</p>	<p><b>Afectación de Ganglios Linfáticos (N)</b></p> <p><input type="checkbox"/> NX: Ganglios linfáticos regionales no evaluables (No se hace estudio de extensión en TNMc. No se quitan ganglios en TNMquirúrgico)</p> <p><input type="checkbox"/> N0: No metástasis en ganglios linfáticos regionales</p> <p><input type="checkbox"/> N1: Metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales</p> <hr/> <p><b>Presencia de Metástasis (M)</b></p> <p><input type="checkbox"/> MX: No se ha podido valorar la existencia de metástasis a distancia</p> <p><input type="checkbox"/> M0: No se encuentran metástasis a distancia</p> <p><input type="checkbox"/> M1: Existen metástasis a distancia</p> <p><input type="checkbox"/> M1a: Sin ganglios linfáticos regionales</p> <p><input type="checkbox"/> M1b: Huesos</p> <p><input type="checkbox"/> M1c: Otros órganos</p>
--	---

**Comentarios:**

Persona que cumplimenta el formulario: \_\_\_\_\_  
 Especialista en Urología/Anatomía Patológica:  No  Sí  
 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS**

Intervenciones quirúrgicas previas en próstata  
 Sí Tipo \_\_\_\_\_ Fecha de la intervención: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  No

**CLASIFICACIÓN DE D'AMICO**

- Bajo riesgo: cT1–cT2a + Gleason <7 + PSA ≤10 ng/ml.  
 Riesgo intermedio: cT2b ó Gleason = 7 ó (PSA >10 y ≤20 ng/ml).  
 Alto riesgo: cT2c ó PSA >20 ng/ml ó Gleason >7.

**TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA**
**VIGILANCIA ACTIVA**

No -> Motivo: Decisión del paciente  Criterio médico   
 Sí -> Fecha inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha fin: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Causa cese: \_\_\_\_\_  
 PSA nadir: \_\_\_\_\_ ng/dl Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Último PSA: \_\_\_\_\_ ng/dl Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**CIRUGÍA**

No -> Motivo: Decisión del paciente  Criterio médico   
 Sí -> Tipo: Prostatectomía  Otras  \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Prostatectomía radical**

- Con conservación de nervios  
 Estándar

Abordaje:  Laparoscópica  
 Robótica  
 Abierta  
 Perineal  
 Retropúbico (laparotomía)  
 No consta

Linfadectomía  Sí  No  No consta

PSA nadir: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Último PSA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**RADIOTERAPIA**

No -> Motivo: Decisión del paciente  Criterio médico   
 Sí -> Tipo: Electiva: tto curativo  Adyuvante a cirugía  Paliativa

**Electiva:** Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha final: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Modalidad:  Braquiterapia  
 Externa-IMRT o IGRT  
 Externa (3D conformada clásica)  
 Braquiterapia+radioterapiaexterna (mixta)

## CÁNCER DE PRÓSTATA. DATOS MÍNIMOS DE SEGUIMIENTO

PSA nadir: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Último PSA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Adyuvante:** Fecha de inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha final: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Paliativa:** Fecha de inicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha final: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### HORMONOTERAPIA

- Sí  
 No Motivo: Decisión del paciente  Criterio médico   
 No se sabe

Tipo:  Neoadyuvante  Adyuvante a radioterapia  Adyuvante a cirugía  Paliativa

- Acetato de megestrol  
 Aminoglutemida  
 Bicalutamida  
 Buserelina  
 Ciproterona  
 Flutamida  
 Goserelina  
 Ketoconazol  
 Leuprolida  
 Triptorelina

Neoadyuvante: Finicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ffinal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PSA nadir: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Último PSA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/dl Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Adyuvante:** Finicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ffinal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Paliativa:** Finicio: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ffinal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### OTROS PROCEDIMIENTOS ABLATIVOS

- Sí  No  No se sabe  
 Crioterapia  
 HIFU (high intensity focused ultrasound)  
 RTU (Resección transuretral) paliativa  
 Castración quirúrgica

Fecha de la intervención: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PSA nadir : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ng/ml. Fecha de detección: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Comentado [J1]: Ng/ml o ng/dl como siempre?

### QUIMIOTERAPIA

- Sí  
 No Motivo: Decisión del paciente  Criterio médico   
 No se sabe



## CÁNCER DE PRÓSTATA. DATOS MINIMOS DE SEGUIMIENTO

Importante consignar TIPO y la fecha de inicio del tratamiento de quimioterapia. Si cambia de esquema rellenar más de una de las filas correspondientes, aunque no se conozca la fecha de cambio

Tipo:  Aduvante a cirugía  Paliativa

Aduvante: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

Aduvante: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

Aduvante: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

Paliativa: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

Paliativa: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

Paliativa: Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N°ciclos:|\_\_\_| Esq\*: \_\_\_\_\_

\*Anotar Esquema

**OTROS TRATAMIENTOS**  Si  No  No se sabe

Tipo \_\_\_\_\_ Finicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ffinal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

**RECHAZO EXPRESO DE TRATAMIENTO:**  Si  No (puede marcarse más de un tipo)

Cirugía  Radioterapia  Hormonoterapia  Quimioterapia.  Otros \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

**DATOS DE SEGUIMIENTO CLÍNICO**

Comentario [J2]: Datos clínicos 3. Aquí estoy

Fecha último contacto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado del paciente:  Vivo sin enfermedad  
 Vivo con enfermedad  
 Muerte por la enfermedad  
 Muerte por otra causa

Muerte: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Causa básica de defunción: \_\_\_\_\_

**RESPUESTA AL PRIMER TRATAMIENTO**

Fecha de evaluación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Situación estable  
 Progresión o 1ª recaída  
 Desconocida

Recidiva bioquímica  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha 1ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: [ ][ ] , [ ][ ] ng/ml  
 Fecha 2ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: [ ][ ] , [ ][ ] ng/ml  
 Fecha 3ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: [ ][ ] , [ ][ ] ng/ml

Recidiva bioquímica  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Progresión local  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Metástasis  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localización:  Ósea  Ganglios no regionales  
 Hepática  Pulmonar  
 Otra. Especificar: \_\_\_\_\_

Tumor resistente a la castración (TRC)  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Segundo tumor primario  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA**

Tratamiento de rescate  No  Sí → Tipo de tratamiento  Cirugía  
 Radioterapia  
 Braquiterapia  
 Terapia hormonal  
 Quimioterapia

**RESPUESTA AL SEGUNDO TRATAMIENTO**

Fecha de evaluación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Situación estable  
 Progresión o 2ª recaída  
 Desconocida

**2ª RECAÍDA** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recidiva bioquímica  No  Sí

Fecha 1ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml  
 Fecha 2ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml  
 Fecha 3ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml

**Progresión local**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Metástasis**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localización:  Ósea  Ganglios no regionales  
 Hepática  Pulmonar  
 Otra. Especificar: \_\_\_\_\_

**Tumor resistente a la castración (TRC)**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Segundo tumor primario**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO DE TERCERA LÍNEA

Tratamiento de rescate  No  Sí → Tipo de tratamiento  Cirugía  
 Radioterapia  
 Braquiterapia  
 Terapia hormonal  
 Quimioterapia

### RESPUESTA AL TERCER TRATAMIENTO

Fecha de evaluación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Situación estable  
 Progresión o 3ª recaída  
 Desconocida

**3ª RECAÍDA** Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Recidiva bioquímica**  No  Sí

Fecha 1ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml  
 Fecha 2ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml  
 Fecha 3ª elevación PSA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_|ng/ml

**Progresión local**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Metástasis**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localización:  Ósea  Ganglios no regionales  
 Hepática  Pulmonar  
 Otra. Especificar: \_\_\_\_\_

**Tumor resistente a la castración (TRC)**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Segundo tumor primario**  No  Sí Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO DE CUARTA LÍNEA**

Tratamiento de rescate  No  Sí → Tipo de tratamiento  Cirugía  
 Radioterapia  
 Braquiterapia  
 Terapia hormonal  
 Quimioterapia

**RESPUESTA AL CUARTO TRATAMIENTO**

Fecha de evaluación: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Situación estable  
 Progresión o 4ª recaída  
 Desconocida

**4ª RECAÍDA** Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Recidiva bioquímica  No  Sí

Fecha 1ª elevación PSA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_| ng/ml  
 Fecha 2ª elevación PSA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_| ng/ml  
 Fecha 3ª elevación PSA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Valor: |\_|\_|,|\_|\_| ng/ml

**Progresión local**  No  Sí Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Metástasis**  No  Sí Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Localización:  Ósea  Ganglios no regionales  
 Hepática  Pulmonar  
 Otra. Especificar: \_\_\_\_\_

**Tumor resistente a la castración (TRC)**  No  Sí Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Segundo tumor primario**  No  Sí Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_

**RECHAZO EXPRESO DE TRATAMIENTO:**  Si  No (puede marcarse más de un tipo)

Cirugía  Radioterapia  Hormonoterapia  Quimioterapia.  Otros \_\_\_\_\_

**Comentarios:**