



“Programa de diagnóstico precoz del cáncer de próstata”

**INFORME TÉCNICO DE AVANCE Núm. 9
EVIDENCIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

Fecha de cierre del periodo: 10 de marzo de 2020

Número de historias clínicas: 571 historias clínicas



Figura 1. Las historias clínicas de los pacientes que ingresan al proyecto se almacenan en bibilioratos archivados en la Dirección de Investigación y Divulgación Científica de la Universidad del Norte. Las historias clínicas se identifican de acuerdo al código del proyecto más el número de caso.

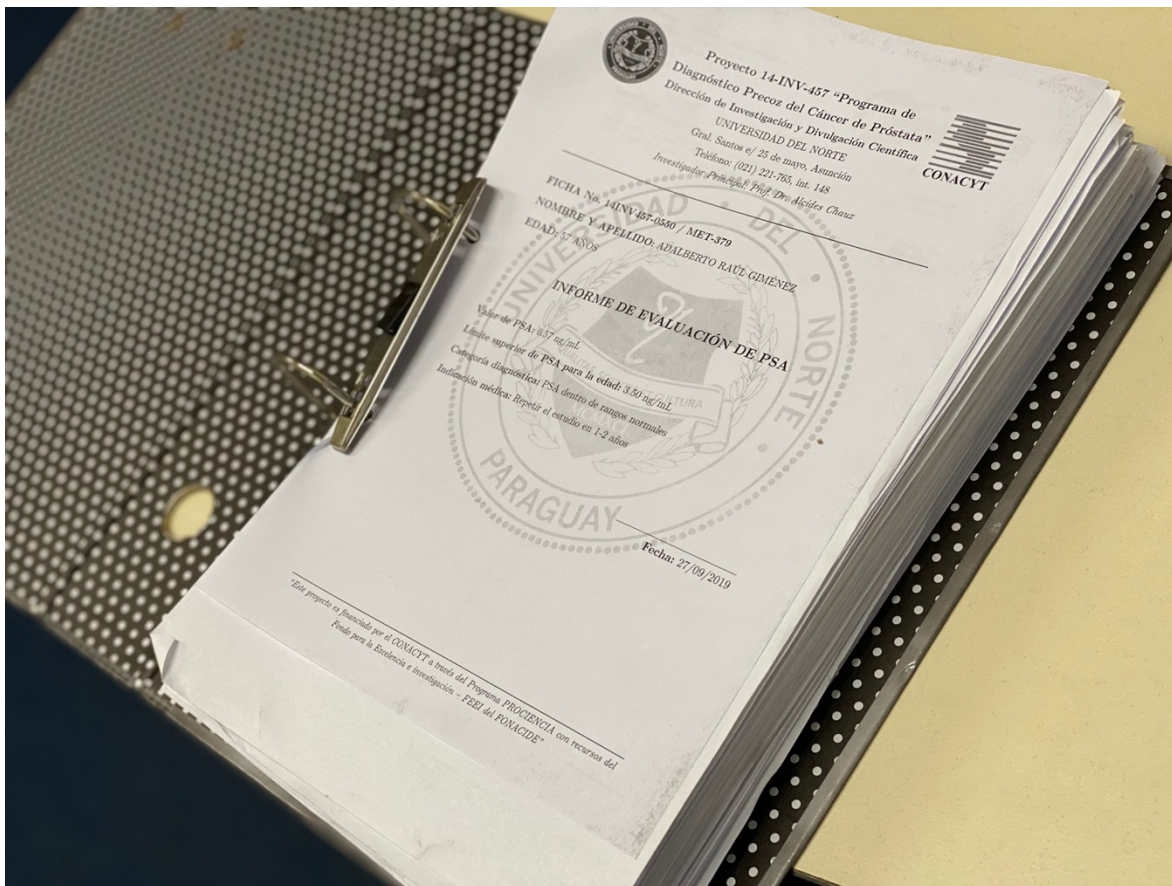


Figura 2. Las historias clínicas, junto con todos los análisis laboratoriales, estudios de imágenes, reportes de procedimientos e informes de anatomía patológica se almacenan en biblioratos. Las historias clínicas se identifican de acuerdo al código del proyecto.

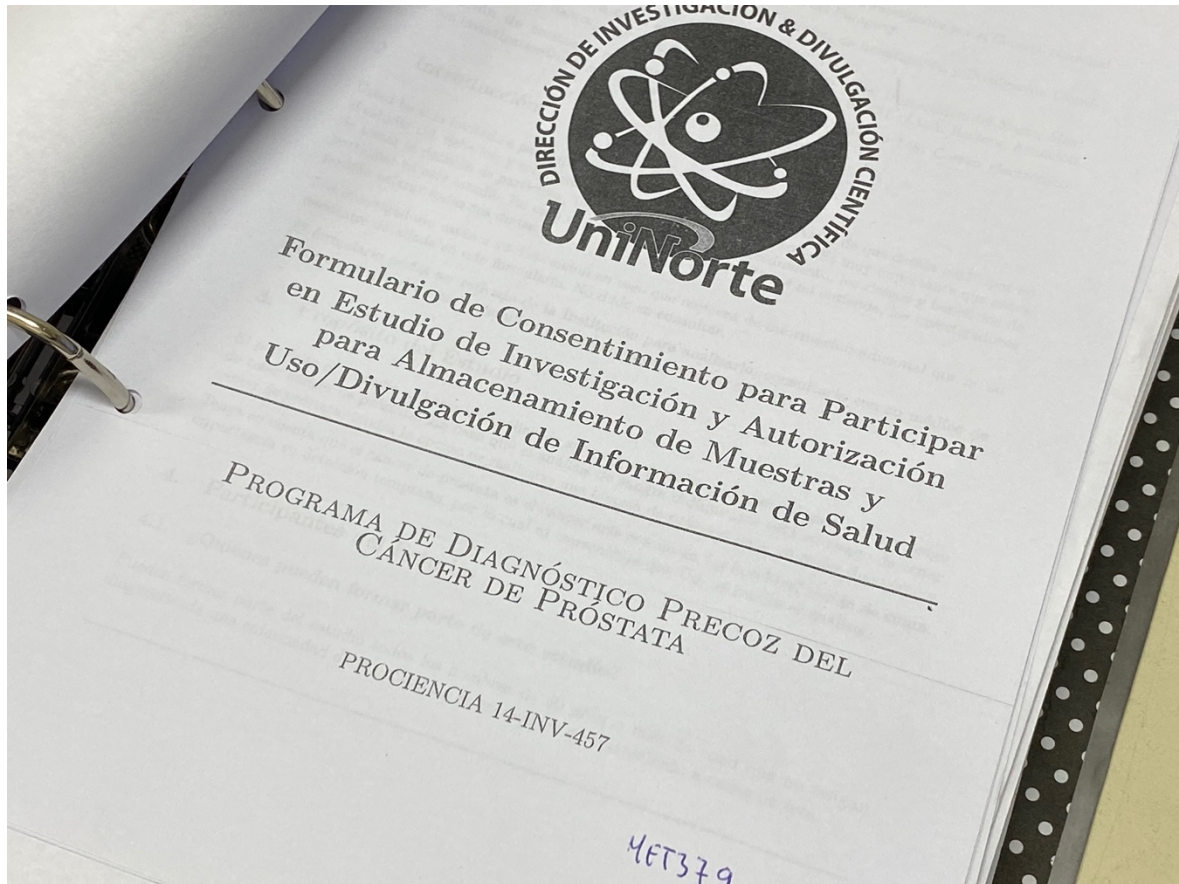


Figura 3. Todas las historias clínicas incluyen el formulario de consentimiento informado que debe ser firmado por todos los pacientes para poder formar parte del estudio.

PROYECTO 14-INV-457
Programa de Diagnóstico Precoz del
Cáncer de Próstata

Por favor, completar el siguiente Formulario para poder acceder a los estudios gratuitos

Datos personales
Nombre y Apellido: Adalberto Raúl Gimenez
Fecha de Nacimiento: 21/06/1962
Dirección Particular: Colonía Elisa N° 146
Teléfono Celular: (0984) 456-293 Línea baja: (021) 943-875
Ocupación/profesión: Conductor

Cédula de Identidad No.: 869 488
Ciudad: Villa Elisa

Antecedentes de salud personales y familiares
¿Ud. tiene presión alta? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. tiene diabetes? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. tiene el diagnóstico de un tumor maligno? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. tiene diagnóstico agrandamiento de próstata? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. tiene/tuvo un familiar con cáncer de próstata? ☐ No ☒ Sí
¿Cuál es su peso? 96,3 kg
¿Cuál es su estatura? 166,0 cm

Hábitos personales
¿Ud. fuma? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. consume carne roja? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. consume frutas/verduras? ☐ No ☒ Sí
¿Ud. hace ejercicios? ☐ No ☒ Sí

Síntomas urológicos. Marque si tiene algunos de los siguientes:
☐ Dificultad para empezar a orinar
☐ Chorro de orina lento o débil
☒ Orinar frecuentemente (más de 10 veces durante el día)
☐ Orinar mucho a la noche (levantarse más de 2 veces)
☐ Sangre en la orina o en el semen
☐ Dolor óseo en la espalda baja o costillas

Información de contacto para
Correo electrónico: _____

ESTE FORMULARIO DEBE IR ACOMPAÑADO DEL DOCUMENTO FIRMADO PARA SER VÁLIDO.

Figura 4. En la historia clínica se recolectan datos demográficos y antropométricos, antecedentes patológicos personales y familiares, así como otros datos clínicos relevantes.

Documento: Colon
 Particular: Colon
 Celular: (0984) 156-234
 Ocupación/profesión: Conductor

Factores de salud personales y familiares
 ¿Tiene presión alta? ☐ No ☒ Sí. ¿Quién? _____
 ¿Tiene diabetes? ☐ No ☒ Sí
 ¿Tiene el diagnóstico de un tumor maligno? ☐ No ☒ Sí
 ¿Tiene diagnóstico agrandamiento de próstata? ☐ No ☒ Sí. ¿Quién? _____
 ¿Tiene/tuvo un familiar con cáncer de próstata? ☐ No ☒ Sí
 ¿Cuál es su peso? 96,3 kg.
 ¿Cuál es su estatura? 166,0 cm

Hábitos personales
 ¿Ud. fuma? ☒ No ☐ No
 ¿Ud. consume carne roja? ☐ No ☒ No
 ¿Ud. consume frutas/verduras? ☐ No ☒ No
 ¿Ud. hace ejercicios? ☒ No ☐ No

Síntomas urológicos. Marque si tiene algunos de los siguientes:
☐ Dificultad para empezar a orinar
☐ Chorro de orina lento o débil
☐ Orinar frecuentemente (más de 10 veces durante el día)
☐ Orinar mucho a la noche (levantarse más de 2 veces)
☐ Orinar en la orina o en el semen
☐ Orinar en la espalda baja o costillas

Cigarrillos por día: 6
 Si. Veces por semana: 1
 Si. Veces por semana: 1
 Si. Veces por semana: 1

CAMPAÑADO DEL DOCUMENTO DE C
 VALIDO PARA LOS ESTUDIOS

Figura 5. Los datos clínicos de relevancia incluyen hábitos personales y la presencia de síntomas urológicos.