**11 EVENTOS IMPORTANTES PARA LA SOSPECHA DE CÁNCER DE OVARIO**

**Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años Lugar de nacimiento (estado y municipio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono fijo o móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Edad de su primera menstruación: (con énfasis si es antes de los 11 años) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| 1. **Edad de su última menstruación: (con énfasis si es después de los 50 años) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| 1. **Número de: Gesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| 1. **¿A usted se le ha diagnosticado cáncer de mama? Sí:\_\_\_\_\_\_\_\_ ( 1 punto) No:\_\_\_\_\_\_\_\_ (0puntos)** |  |
| 1. **¿En su familia ha habido algún hombre diagnosticado con cáncer de mama o próstata?**   **Ca. Mama: Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Próstata: Sí\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(1 punto en respuesta afirmativa para una o ambas patologías)** |  |
| 1. **¿Algún familiar suyo en primer o segundo grado ha padecido cáncer de ovario o de mama?**   **Primer grado: Hermana\_\_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_ Número de miembros: \_\_\_\_\_\_\_\_ (2 puntos)**  **Segundo grado: Prima\_\_\_\_\_\_ Tía: \_\_\_\_\_\_\_\_ Sobrina: \_\_\_\_\_\_\_\_ Número de miembros: \_\_\_\_\_\_\_\_ (1 punto)** |  |
| 1. **¿Usted padece de distensión, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, flatulencia por mas de 12 veces al mes?**   **Sí\_\_\_\_\_\_\_\_ (2 puntos) Tiempo de evolución (meses o años, indicar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **No\_\_\_\_\_\_\_ (0 puntos)** |  |
| 1. **¿El abdomen aumenta de volumen o se distiende sin causa aparente, en los últimos tres meses?**   **Sí: \_\_\_\_\_\_ (1 punto) No:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (0 puntos)** |  |
| 1. **¿Ha estado bajo tratamiento de reemplazo hormonal para menopausia por 2 años o más?**   **Sí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1 punto) Nombre de la terapia hormonal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sustancia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **No: \_\_\_\_\_\_\_\_ (0 puntos)** |  |
| 1. **¿Se le ha diagnosticado endometriosis? Sí\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1punto) No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (0 puntos)** |  |
| 1. **¿Se le han realizado estudios de ultrasonido (USG) donde se reporten quistes o lesiones en ovario?**   **Sí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1 punto) Fecha de USG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (0 puntos)** |  |
| **SUMA** |  |

**Nombre del personal de salud que aplica el cuestionario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTAS: Se considera que con 5 puntos o más se deberán realizar estudios de imagen (USG transvaginal).**

**Se consideran dos grupos de riesgo para realizar tamizaje: 1) Mujeres entre 45 y 64 años; 2) Mujeres con patrón familiar el tamizaje se realiza desde los 35 años.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ultrasonido Transvaginal (USTV)** | **Marcador tumoral CA125 (si se cuenta con el)** |

**La periodicidad en las mujeres seleccionadas con USTV negativo será de cada 6 meses.**

Fuente: Instituto Nacional de Cancerología/ SSA de la CDMX. 2017