

**Actualización**

Fecha de actualización _____

Centro _____

Especialista que realiza el estudio _____

Centro _____

Datos personales del paciente

Nombre _____

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Fecha de nacimiento _____

Sexo _____

Raza / Etnia (Caucásica / Gitana / etc) _____

Lugar de nacimiento _____

Provincia _____

País _____

Antecedentes familiares

¿Hay antecedentes de anemia de Fanconi en la familia? (SÍ / NO / Desconocido) _____

¿Cuántos? _____

Grado de parentesco (Bisabuelo / tío abuelo / etc) _____

¿Hay antecedentes de cáncer en la familia? (SÍ / NO / Desconocido) _____

¿Cuántos? _____

Grado de parentesco (Bisabuelo / tío abuelo / etc) _____

¿Antecedentes familiares de cáncer de mama/ovario? (SÍ / NO / Desconocido) _____

Datos clínicos del paciente

Con fallo de médula ósea (SI/NO) _____

Edad del debut _____

Con neoplasias hematológicas (SI/NO) _____

Edad del debut _____

Con tumores sólidos (SI/NO) _____

Edad del debut _____

Alteraciones de peso (SÍ / NO / Desconocido) _____

Alteraciones de talla (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías cutáneas (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías esqueléticas (SÍ / NO / Desconocido) _____

Retraso mental (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías en la cabeza (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías en sistema gastrointestinal (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías cardíacas (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías en desarrollo genitales (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías en sistema urinario (SÍ / NO / Desconocido) _____

Anomalías mamarias (SÍ / NO / Desconocido) _____



Tratamientos del paciente

Sin tratamiento

Pac. que recibe o ha recibido trat. farmacológico del fallo medular

Pac. que recibe o ha recibido transfusiones

Pac. que ha recibido un trasplante hematopoyético

Pac. que recibe o ha recibido quimioterapia

Pac. que recibe otros tratamientos

Edad Inicio

Diagnóstico de anemia de Fanconi: (SÍ/ NO / Dudoso / En estudio)

¿Grupo de complementación?

- | | | | |
|-------------|--------------------------|---|--------------------------|
| No conocido | <input type="checkbox"/> | G | <input type="checkbox"/> |
| A | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> |
| B | <input type="checkbox"/> | J | <input type="checkbox"/> |
| C | <input type="checkbox"/> | L | <input type="checkbox"/> |
| D1 | <input type="checkbox"/> | M | <input type="checkbox"/> |
| D2 | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> |
| E | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> |

¿Es Mosaico? (SÍ / NO / Dudoso / En estudio)

Estado del paciente (Vivo / Fallecido / Se desconoce)

Edad de fallecimiento en su caso

Médico de seguimiento

Médico Centro

email

Médico Centro

email

Médico Centro

email

Médico Centro

email

Médico Centro

email