

Formulario de SEGUIMIENTO de tratamiento con TRASTUZUMAB

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.
El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

SEGUIMIENTO PAUTADO

- Marcar el que corresponda a este seguimiento -

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> A los 6 meses de fin de trat. | <input type="checkbox"/> Al 2do año de fin de trat. | <input type="checkbox"/> Al 4to año de fin de trat. |
| <input type="checkbox"/> Al 1er año de fin de trat. | <input type="checkbox"/> Al 3er año de fin de trat. | <input type="checkbox"/> Al 5to año de fin de trat. |

Situación del paciente al momento del seguimiento:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivo | <input type="checkbox"/> Fallecido | <input type="checkbox"/> Perdido |
| <input type="checkbox"/> En remisión completa | Fecha: ___/___/___ | Fecha de último control: ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Recaída | Causa: <input type="checkbox"/> Progresión lesional | |
| Fecha: ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Toxicidad cardíaca | |
| | <input type="checkbox"/> Toxicidad respiratoria | |
| | <input type="checkbox"/> Otra Cual _____ | |

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

SI No

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I- Actividad irrestricta | <input type="checkbox"/> III- Actividad muy limitada |
| <input type="checkbox"/> II- Actividad normal con limitaciones | <input type="checkbox"/> IV- Incapacidad de cuidarse |

PARACLÍNICA QUE ACOMPAÑA A ESTE SEGUIMIENTO:

1) Ecocardiograma con FEVI: 1er seguimiento FEVI ___ % (luego según FEVI previa)

2) De acuerdo al pautado nacional. (Aportar fotocopia de informes)

TRATAMIENTOS REALIZADOS DESDE ÚLTIMO SEGUIMIENTO

No Si

Especificar: