

## Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL de TRATAMIENTO de CÁNCER DE RIÑÓN

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años Sexo:  Femenino  Masculino Institución de origen \_\_\_\_\_

### **MEDICO SOLICITANTE:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **CAMBIO DE TRATAMIENTO**

Cambia de fármaco?  No  Si

Droga que tomaba:  Sunitinib  Sorafenib

En tratamiento desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a dosis de \_\_\_\_\_ mg./día

Motivo de cambio:  Intolerancia a la droga. Especifique: \_\_\_\_\_  
 Toxicidad por la droga \_\_\_\_\_  
 Falla de tratamiento \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO**

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de último control del mes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Complicaciones:**  Del tratamiento Especifique \_\_\_\_\_  
 De la enfermedad Especifique \_\_\_\_\_

### **SEGUIMIENTO**

En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento:

Respuesta Completa  Respuesta Parcial  Enfermedad estable  Progresión lesional

Documentado con paraclínica en la siguiente periodicidad:

Trimestral:  Ecografía de Abdomen  Rx de tórax  Otros exámenes patológicos al inicio

Semestral:  TAC de Tx.Abd.Pelvis  Otros exámenes patológicos al inicio

Comentarios \_\_\_\_\_

### **Situación del paciente a fin de mes:**

Continúa tratamiento  
 Suspende tratamiento Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:  Intolerancia  Indicación médica  
 Abandono  Fallecimiento  
 Otro

Droga solicitada:  Sunitinib  Sorafenib

Dosis diaria solicitada: \_\_\_\_\_ mg para el mes de: \_\_\_\_\_