

## Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de CANCER DE RIÑÓN

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

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 centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, 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 \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

CANCER DE RIÑÓN

Metástasis:

- Pulmonares
- Óseas
- Hepáticas
- SNC
- Otras    Esp.....

**SITUACIÓN CLÍNICA**

- Debut de enfermedad
  - Resistencia a Citoquinas.
  - Intolerancia a Citoquinas.
  - Progresión lesional bajo tratamiento.
  - Recaída
  - Otra situación
- Especifique .....

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES**

No     Si

- Cardiopatía isquémica     Claudic. intermitente
- Cardiopatía valvular     Insuf. venosa crónica
- Arritmias     TVP
- HTA     Otros
- Insuficiencia cardíaca
- Clase funcional NYHA:     I     II     III     IV

**RESPIRATORIOS**

No     Si

- Asma     TBC
- Bronquitis crónica     Otros
- EPOC

**NEUROLÓGICOS**

No     Si

- AVE     Síndrome Parkinsoniano
- Encefalopatía vascular     Demencia
- Epilepsia     Otros

**ENDOCRINO METABÓLICOS**

No     Si

- Diabetes     Obesidad
- Hipotiroidismo     Otros
- Hipertiroidismo

**NEFRO UROLÓGICOS**  No  Si

- Insuficiencia renal  Infección urinaria  
 Diálisis  Otros  
 Nefrectomía

**DIGESTIVOS**  No  Si

- Hepatopatía  Otros  
 Enfermedad diverticular

**HEMATOLÓGICOS**  No  Si

Cuales \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**  No  Si

- Localizada  
 Diseminada Especific. \_\_\_\_\_

**OTROS**  No  Si

- HIV  Tabaquismo  
 Alcoholismo  Otros

**DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)**

- I- Actividad irrestricta  III- Actividad muy limitada  
 II- Actividad normal con limitaciones  IV- Incapacidad de cuidarse

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

- Cirugía: Nefrectomía Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  Interferón  
 Exéresis de metástasis Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  Interleukina  
 Otros

Especifique \_\_\_\_\_

**Solicitud de tratamiento con:**

- Sunitinib  Sorafenib Dosis diaria propuesta: \_\_\_\_\_ mg

Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_ Superficie corporal (m2): \_\_, \_\_\_\_

**Consideraciones que juzgue relevantes:**