

Formulario de RESUMEN de tratamiento con RITUXIMAB

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 TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DOSIS DE RITUXIMAB

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 1ra dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 2da dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 3ra dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 4ta dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 5ta dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| | Fecha | Dosis |
| 6ta dosis: | ____/____/____ | _____ mg. |
| Suspende tratamiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Causa: <input type="checkbox"/> Fallecimiento Fecha: __/__/__ <input type="checkbox"/> Otra _____ |