

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL de BEVACIZUMAB para tratamiento de Cáncer colorrectal

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____ Firma _____

Información del mes en curso

Fecha de inicio del tratamiento ___/___/___ Fecha de último control ___/___/___

Tolerancia

Efectos adversos: No Si

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relacionados con la infusión. | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Sangrados. Cuales _____ | <input type="checkbox"/> Trombosis. Cual _____ |
| <input type="checkbox"/> TEP | <input type="checkbox"/> Gastro-intestinales. Cual/es _____ |
| <input type="checkbox"/> Hematológicos. Cual/es _____ | <input type="checkbox"/> Otros. Cual/es _____ |

Seguimiento: En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica

Imagenología de abd/pelvis CEA / CA19-9 Otros exámenes patológicos al inicio

Respuesta al tratamiento: Respuesta Completa Respuesta parcial Enf. Estable Progresión lesional

Comentarios _____

Situación del paciente:

Continúa Suspende Fecha ___/___/___

Motivo: Intolerancia. Abandono.
 Progresión lesional. Fallecimiento. Causa _____
 Otros. Cual/es _____

Cambio de tratamiento: No Si

Tratamiento que recibía: FOLFOX Capecitabine
 XELOX Irinotecan
 FOLFIRI XELIRI
 IFL Otros

Motivo de cambio: Progresión Intolerancia Efectos adversos Otro _____

Nuevo tratamiento: FOLFOX Capecitabine
 XELOX Irinotecan
 FOLFIRI XELIRI
 IFL Otros

