

Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para el Tratamiento del CÁNCER DE HÍGADO AVANZADO

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

N° CP: _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Indicación médica Abandono Fallecimiento

Otra. Cual _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control del mes: ___/___/___ Tolerancia al tratamiento: Buena Mala

Efectos adversos: No Si

HTA Síndrome mano-pie Rush cutáneo Citopenias

Astenia Diarrea Otro. Cuál _____

CHILD y PUGH: Puntaje: ___ (0 al 15) Clasificación: ___ (A,B,C)

Paraclínica requerida mensual:

Funcional y Enzimograma Hepático: Fecha: ___/___/___

TGO: _____, TGP: _____, GammaGT: _____, FA: _____,

BT: _____, BD: _____, BI: _____,

Tasa de Protrombina (%) _____, INR: _____,

Hemograma: Hb (gr/dl): _____, Leucocitos: _____/mm³ Plaquetas: _____/mm³

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Respuesta al tratamiento según criterios imagenológicos RECIST:

Respuesta completa Respuesta parcial Enfermedad estable Progresión lesional

Comentarios _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Sorafenib

Regorafenib

Dosis diaria propuesta (mg): ___ ___ ___

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA