

## Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de LEUCEMIAS y GIST

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA<br><input type="checkbox"/> Fase crónica.<br><input type="checkbox"/> Fase acelerada.<br><input type="checkbox"/> Crisis blástica  | <input type="checkbox"/> GIST (Enfermedad avanzada)<br><input type="checkbox"/> Localizado tratamiento neoadyuvante (hasta resección).<br><input type="checkbox"/> Localizado irreseccable y/o metastático. |
| <input type="checkbox"/> GIST (Adyuvancia)<br>Riesgo por:<br><input type="checkbox"/> Tamaño tumoral.<br><input type="checkbox"/> Índice mitótico.<br><input type="checkbox"/> Ruptura tumoral<br><input type="checkbox"/> Otro<br>Especifique..... | <input type="checkbox"/> LAL Phi +<br><br>Fecha del diagnóstico: ___/___/___  |

### SITUACIÓN CLÍNICA

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Debut de enfermedad                  | <input type="checkbox"/> Resistencia al Interferón. | <input type="checkbox"/> Intolerancia al Interferón.                 |
| <input type="checkbox"/> Progresión lesional bajo tratamiento | <input type="checkbox"/> Recaída post-tratamiento   | <input type="checkbox"/> Otra situación<br>Especifique.....<br>..... |

### PARACLÍNICA

Hemograma:

Glób. Blancos: (n) \_\_\_\_\_ Basófilos(%) \_\_\_\_\_ Eosinófilos(%) \_\_\_\_\_ Blastos(%) \_\_\_\_\_

Hematocrito: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ %      Hemoglobina \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ gr/dl.

Plaquetas(n): \_\_\_\_\_

Mielograma: Porcentaje de Blastos \_\_\_ %      Porcentaje de Promielocitos \_\_\_ %

Cromosoma Philadelphia: Porcentaje de metafases Phi + \_\_\_ %

Estudio Molecular: Bcr-Abl      Resultado:       Negativo  
 Positivo ---> Isoformas:       P190

Cuantificación: \_\_\_ x 10 ---       P210  
 P240  
 Otras

cKit y/o CD117 :       Positivo     Negativo

**Estadificación pronóstica al debut:** (Sólo para LMC)

- Edad \_\_\_ años.
- Diámetro mayor esplénico por ecografía \_\_\_ cm.
- Plaquetas \_\_\_\_\_ mil l.
- Mieloblastos en sangre periférica: \_\_\_ %.

**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

- ACV       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

**DIGESTIVOS**       No     Si

- Hepatopatía       Otros
- Enfermedad diverticular

**HEMATOLÓGICOS**       No     Si

Cuales \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**       No     Si

- Localizada
- Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

**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

