

## Formulario de Solicitud de DOSIS posterior para el Tratamiento de la LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

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

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO    No    Si

- Motivo:
- Fin de tratamiento
  - Efectos adversos
  - Progresión lesional
  - Abandono
  - Fallecimiento Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Otra: \_\_\_\_\_

### TOLERANCIA AL TRATAMIENTO:

Efectos adversos:     No     Si

Cuáles efectos adversos?	SI	Grado (I a IV)
Vómitos		
Diarrea		
Hipersensibilidad		
Pancreatitis		
Trombosis		
Hiperglicemia		
Hiperlipidemia		
Pancitopenia		
Alteración de pruebas de función hepática		
Otros _____		

### **PROTOCOLO DE QT EN SERIE PREVIA**

Plan de PQT previo	SI
BFM	
Pethema	
GRAALL	
Otros. Cuál?	

### **TRATAMIENTO PROPUESTO**

¿Cambia el protocolo de QT de tratamiento previo?  Si  No

Nuevo tratamiento propuesto	SI
BFM	
Pethema	
GRAALL	
Otros. Cuál?	

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

Dosis Total de Peg-Aspariginasa propuesta UI /m2: \_\_\_\_\_

Por vía:  Intravenosa  Intramuscular

**Consideraciones que juzgue relevantes:**