

Solicitud de Mantenimiento de tratamiento de Linfomas foliculares

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 la base de datos del Fondo Nacional de Recursos y 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:

C.I.: _____ - ___ N° de CP _____ Nombre _____

Firma _____

Seguimiento:

Suspende tratamiento: No Si Fecha: ___/___/___

Causa:

- Finaliza Mantenimiento Progresión lesional Abandono
 Indicación Médica Fallecimiento

Evaluación semestral de respuesta: No Si

- Remisión completa Remisión parcial Enfermedad estable
 Progresión lesional Otra. Especifique _____

Aportar imagenología y paraclínica que documente lo señalado

Tratamiento Solicitado:

Fecha de administración de última dosis: ___/___/___

Rituximab Dosis _____ mg

Número de ciclo de mantenimiento:

2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____ Superficie corporal (m2): __, __

Consideraciones que juzgue relevantes: