

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del Mieloma Múltiple (Inducción de remisión o mantenimiento)

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 de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, 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 HEMATOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Mieloma Múltiple

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Tipo: IgG IgA Cadenas livianas Kappa Cadenas livianas Lambda

Otro. Especifique: _____

SITUACIÓN CLÍNICA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Debut de enfermedad. | <input type="checkbox"/> Muy buena remisión parcial. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad refractaria o progresión lesional. | <input type="checkbox"/> Remisión parcial |
| <input type="checkbox"/> Recaída. | <input type="checkbox"/> Enfermedad estable. |
| <input type="checkbox"/> Remisión completa estricta. | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Remisión completa. | |

FACTORES PRONÓSTICOS

Estadificación Durie – Salmon: I II III A B

Citogenética de mal pronóstico: del 13 o hipoploidía Si No

FISH positivo: No Si Para: t(4;14). Si No
t(14;16). Si No
del 17p13. Si No

Insuficiencia renal con creatinina mayor a 2 mg/dl: Si No

Creatinina (mg/dl): ____, ____, ____ Filtrado Glomerular (CKD-EPI): ____, ____, ____

Albuminemia: ____, ____, ____ gr/dl Beta2 microglobulina ____, ____, ____ mg/l

LDH: Elevada Normal

Valoración ósea: Normal Patológica _____

Células plasmáticas circulantes: No Si ____ % (lámina periférica por punción digital)

R - ISS: I II III Muy alto riesgo

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica
 - Cardiopatía valvular
 - Arritmias
 - HTA
 - Insuficiencia cardíaca
 - Claud. intermitente
 - Insuf. venosa crónica
 - TVP
 - Otros
- Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma
- Bronquitis crónica
- EPOC
- TBC
- Otros

NEUROLÓGICOS

No Si

- AVE
- Encefalopatía vascular
- Polineuropatía
- Sind. Parkinsoniano
- Demencia
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Obesidad
- Otros

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Infección urinaria
- Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía
- Enfermedad diverticular
- Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si

- Trastornos hemorrágíparos
- Estados trombofílicos
- Otros
- Anemia

OTRAS NEOPLASIAS

No Si

Cual _____

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

OTROS

No Si

- HIV
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

- I- Actividad irrestricta
- II- Actividad normal con limitaciones
- III- Actividad muy limitada
- IV- Incapacidad de cuidarse

TRATAMIENTOS PREVIOS

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha 1º ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
Talidomida				
Dexametasona				
Melfalán				
Prednisona				
Adriamicina				
Adriamicina liposomal				
Ciclofosfamida				
TPH				
VAD				
Lenalidomida				
Bortezomib				
Otros:				

TRATAMIENTO PROPUESTO

Mantenimiento

Inducción de remisión:

Tratamiento	SI	Dosis propuesta
Dexametasona		
Melfalán		
Lenalidomida		
Bortezomib		
Ciclofosfamida		
Prednisona		
Adriamicina		
Adriamicina liposomal		
Otros		

DOSIS PROPUESTA

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

Bortezomib para 1º ciclo

Dosis propuesta para c/dosis del ciclo: __, ___ mg

Lenalidomida para 1º ciclo

Dosis propuesta para cada día: ___ mg Duración: 14 días 21 días

CÓDIGO DE LA FARMACIA INSTITUCIONAL DONDE SE ENTREGARÁ LA MEDICACIÓN: _____

Consideraciones que juzgue relevantes: