

Formulario de SEGUIMIENTO de TRATAMIENTO de LEUCEMIAS Y GIST

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 HEMATÓLOGO:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SEGUIMIENTO PAUTADO

Nº de seguimiento: ____

Situación del paciente al momento del seguimiento:

Vivo

Citogenético: Phi ____ , ____ % Ref. Respuesta citogenética:

Completa -	0%
Parcial mayor -	1-35%
Parcial menor -	36-65%
Mínima -	66-95%
Nula -	>95%

Cuantificación BCR-ABL: No Si

Escala Internacional (E.I.): ____ , ____

%BCR-ABL/ABL: ____ , ____

Reducción Log: ____ , ____

Ref. Respuesta molecular:	Completa	E.I. < 0.0037	% < 0.01	Log >= 4
	Parcial mayor	E.I. < 0.037	% < 0.1	Log >= 3
	Parcial menor	E.I. 0.037-0.37	% 0.1-1	Log >= 2
	Mínima	E.I. 0.37-3.7	% 1-10	Log < 2
	Nula	E.I. > 3.7	% > 10	Log < 1

Fallecido Fecha: ____/____/____ Causa: _____

Perdido Fecha: ____/____/____

Otra situación _____

Consideraciones que juzgue relevantes:
