

## FORMULARIO DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL DE PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

Fecha de seguimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 HEMATÓLOGO:

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

### SEGUIMIENTO PAUTADO:

Número de seguimiento semestral: \_\_\_

### Situación del paciente al momento del seguimiento:

- Vivo
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respuesta completa   | <input type="checkbox"/> Muy buena respuesta parcial | <input type="checkbox"/> Respuesta parcial |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad estable   | <input type="checkbox"/> Progresión lesional.        | <input type="checkbox"/> Recaída           |
| <input type="checkbox"/> Recaída luego de RC. |  |  |

(Señalar situación de acuerdo a definiciones operativas señaladas en normativa vigente y adjuntar paraclínica que corresponda)

- Fallecido. Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_
- Perdido. Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Otra situación \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN FUNCIONAL (Karnofsky)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I- Actividad irrestricta    | <input type="checkbox"/> II- Actividad normal con limitaciones |
| <input type="checkbox"/> III- Actividad muy limitada | <input type="checkbox"/> IV- Incapacidad de cuidarse           |

Tratamientos asociados desde último seguimiento:  No  Si

Especificar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consideraciones que juzgue relevantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_