

Formulario de Solicitud de Tratamiento de cáncer colorrectal metastásico

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 ONCÓLOGO SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO:

Cáncer colorrectal Fecha de diagnóstico ___/___/___

Metástasis:

- Hepáticas
- Pulmonares
- Peritoneales
- SNC
 - No controladas Controladas
 - Resecadas Radioterapia Quimioterapia Otros
- Otras localizaciones metastásicas. Especificar _____

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad.
- Recaída.
- Progresión de enfermedad metastásica

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica Claud. intermitente
- Cardiopatía valvular Insuf. venosa crónica
- Arritmias TVP
- HTA Otros
- Insuficiencia cardíaca

Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma TBC
- Bronquitis crónica Otros
- EPOC

NEUROLÓGICOS

No Si

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

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros
- Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
- Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

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

TRATAMIENTOS PREVIOS

- Cirugía de tumor colorrectal 1º. Fecha ____/____/____ 2º. Fecha ____/____/____
- Cirugía de metástasis. Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____
- Radioterapia. Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____

Tratamiento sistémico:

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Capecitabine			
Fluoracilo (i/c)			
Fluoracilo/leucovorin			
Bevacizumab			
Otros			

TRATAMIENTO PROPUESTO

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Otros			

DOSIS PROPUESTA DE BEVACIZUMAB

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. Sup. Corporal _____ m² IMC _____

Dosis: _____ mg./ cada _____ semanas.

Administración:

Fechas propuestas de las dosis:

__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
------------	------------	------------	------------

Consideración que juzgue relevante: