

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del Cáncer de Mama

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:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO

Cáncer de mama operable Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Cáncer de mama avanzado. Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Estadificación T.N.M. I II A II B III A IIIB III C IV

Factores pronósticos-predictivos

1) Receptores de estrógenos RE y progesterona RP

En tumor primario (componente invasor):

RE: Positivos RP: Positivos
 Negativos Negativos
 sd sd

En lesión metastásica (Especifique.....)

RE: Positivos RP: Positivos
 Negativos Negativos
 sd sd

2) HER 2/ neu

En tumor primario (componente invasor):

- IHQ 3 +
- IHQ 2 + /FISH +
- FISH +

En lesión metastásica (Especifique.....)

- IHQ 3 + (> 30%)
- IHQ 2 + /FISH +
- FISH +

3) **Tamaño tumoral** del componente invasor

___ ___ mm

4) **Compromiso ganglionar axilar**

- Axila negativa
- 1 a 3 ganglios +
- 4 a 9 ganglios +
- 10 o más ganglios +

5) **Estado menopáusico**

- Premenopáusica
- Post-menopáusica
- Indeterminado
- Sin dato

SITUACIÓN CLÍNICA

CANCER DE MAMA PRECOZ

- Post-cirugía
- Post-neoadyuvancia y cirugía.

CANCER DE MAMA AVANZADO

- Debut de enfermedad.
 - Enfermedad locorregionalmente avanzada.
 - Enfermedad diseminada a distancia.
- Recaída local post cirugía no conservadora
- Recaída bajo tratamiento sistémico previo al inicio del Trastuzumab.
- Recaída luego de completado el tratamiento con Trastuzumab
- Progresión de la enfermedad metastásica bajo tratamiento sistémico.
- Otra _____

METASTASIS:

- Oseas
- Cutáneas/ subcutáneas
- Pulmonares
- Hepáticas
- Otras localizaciones metastásicas
- SNC - No controladas
- SNC – Controladas con cirugía
- SNC – Controladas con Radioterapia
- SNC – Controladas con Quimioterapia
- SNC – Controladas con otro tratamiento

Especifique

Fracción de eyección ventricular izquierda

FEVI __ , _ %

Fecha: __/__/__

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
- Epilepsia
- 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 hemorrágicos
- Estados trombofílicos
- Anemia
- Otros

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	N° de ciclos	Fecha 1° ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
FAC				
FEC				
TAC				
AC				
Paclitaxel				
Docetaxel				
Vinorelbina				
CMF				
CAF				
TC				
AT				
Carboplatino				
Oxiplatino				
Capecitabine				
Gemcitabine				
Trastuzumab				
Lapatinib				
Tamoxifeno				
Anastrozole				
Letrozole				
Goserelina				
Fulvestrant				
Radioterapia				
Otros				

TRATAMIENTO PROPUESTO

Tratamiento	SI	N° de ciclos	Observaciones
Ninguno			
FAC			
FEC			
TAC			
AC			
Paclitaxel			
Docetaxel			
Vinorelbina			
CMF			
CAF			
TC			
AT			
Carboplatino			
Oxiplatino			
Capecitabine			
Gemcitabine			
Trastuzumab			
Lapatinib			
Tamoxifeno			
Anastrozole			
Letrozole			
Goserelina			
Fulvestrant			
Radioterapia			
Otros			

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Trastuzumab
 Fulvestrant
 Lapatinib

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

Dosis propuesta de Trastuzumab:

Dosis carga ___ ___ mg

Dosis de mantenimiento: ___ ___ mg / cada ___ semanas

Dosis propuesta de Lapatinib: ___ ___ mg/dia

Dosis propuesta de Fulvestrant: ___ ___ mg/mensuales

Consideraciones que juzgue relevantes: