

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del Cáncer de SNC

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

Glioblastoma multiforme Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Post-operatorio Fecha de la cirugía: ___/___/___ Exéresis completa Exéresis parcial

Otra situación Especifique _____

PARACLÍNICA

TAC o RNM de cráneo post-operatoria Fecha: ___/___/___

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica | <input type="checkbox"/> Claud. intermitente |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía valvular | <input type="checkbox"/> Insuf. venosa crónica |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> TVP |
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | |

Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS No Si

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> EPOC | |

NEUROLÓGICOS No Si

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AVE | <input type="checkbox"/> Sind. Parkinsoniano |
| <input type="checkbox"/> Encefalopatía vascular | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Otros |

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | |

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Infección urinaria |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Otros |

DIGESTIVOS No Si

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatopatía | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad diverticular | |

HEMATOLÓGICOS No Si

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Estados trombofílicos | <input type="checkbox"/> Otros |

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

Localizada

Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

HIV

Alcoholismo

Tabaquismo

Otros

TRATAMIENTO PROPUESTO

Radioterapia

Temozolamida

Concurrente

Dosis propuesta: ___ ___ ___ mg/día

Post-radioterapia

Dosis propuesta: ___ ___ ___ mg/día

Profilaxis de Pneumocistosis: No Si Cual: _____

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

Consideraciones que juzgue relevantes: