

## Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de LEUCEMIAS y GIST

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 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 SOLICITANTE:

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

### DIAGNÓSTICO

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA

- Fase crónica.
- Fase acelerada.
- Crisis blástica

GIST

LAL Phi +

### SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad
- Resistencia al Interferón.
- Intolerancia al Interferón.
- Progresión lesional bajo tratamiento.
- Recaída post-tratamiento
- Otra situación

Especifique .....

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hemograma:

Glób. Blancos: (n) \_\_\_\_\_ Basófilos(%) \_\_\_ Eosinófilos(%) \_\_\_ Blastos(%) \_\_\_

Hematocrito: \_\_\_, \_\_\_ %      Hemoglobina \_\_\_, \_\_\_ gr/dl.

Plaquetas(n): \_\_\_\_\_

Mielograma:    Porcentaje de Blastos \_\_\_ %      Porcentaje de Promielocitos \_\_\_ %

Cromosoma Philadelphia:      Porcentaje de metafases Phi + \_\_\_ %

Estudio Molecular: Bcr-Abl      Resultado:  Negativo  Positivo ---> Isoformas:  P190

Cuantificación: \_\_\_ x 10<sup>---</sup>  P210

P240

cKit y/o CD117 :  Positivo  Negativo  Otras

**Estadificación pronóstica al debut: (Sólo para LMC)**

- Edad \_\_\_ años.
- Diámetro mayor esplénico por ecografía \_\_\_ cm.
- Plaquetas \_\_\_ mil l.
- Mieloblastos en sangre periférica: \_\_\_ %.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES**

No  Si

- Cardiopatía isquémica  Claudic. 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  Síndrome 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

Cuales \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**

No  Si

- Localizada
- Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

**OTROS**

No  Si

- HIV  Tabaquismo
- Alcoholismo  Otros

**DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)**

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

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

- INTERFERÓN  BUSULFAN
  - HIDROXIUREA  TPH ALOGENICO
  - CITARABINA  OTROS
- ESPECIFIQUE .....

---

**Solicitud de tratamiento con:**

Imatinib       Dasatinib       Nilotinib       Sunitinib

Dosis diaria propuesta: \_\_\_\_ mg

Peso (Kg): \_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_ Superficie corporal (m2): \_\_ , \_\_\_\_

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**