

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del Mieloma Múltiple

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 HEMATOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Mieloma Múltiple Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Tipo: IgG IgA Cadenas livianas Kappa Cadenas livianas Lambda
 Otro. Especifique: _____

SITUACIÓN CLÍNICA

Debut de enfermedad. Recaída.
 Enfermedad refractaria o progresión lesional. Otra. Especifique _____

FACTORES PRONÓSTICOS

Estadificación Durie – Salmon: I II III A B

Citogenética de mal pronóstico: del 13 o hipoploidía Si No

FISH positivo: No Si Para: t(4;14). Si No
t(14;16). Si No
del 17p13. Si No

Insuficiencia renal con creatinina mayor a 2 mg/dl: Si No

Albuminemia: __, __ gr/dl Beta2 microglobulina __, __ mg/l

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
 Polineuropatía 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

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha 1º ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
Talidomida				
Dexametasona				
Melfalán				
Prednisona				
Adriamicina				
Adriamicina liposomal				
Ciclofosfamida				
TPH				
VAD				
Lenalidomida				
Bortezomib				
Otros:				

TRATAMIENTO PROPUESTO

Tratamiento	SI	Dosis propuesta
Dexametasona		
Melfalán		
Lenalidomida		
Ciclofosfamida		
Prednisona		
Adriamicina		
Adriamicina liposomal		
Otros		

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

Bortezomib para 1º ciclo

Dosis propuesta para c/serie del ciclo: __ , __ ___ mg

Administración:

Fechas propuestas de las dosis:

__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
----------	----------	----------	----------

Consideraciones que juzgue relevantes: