

## RESUMEN DE TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE

Fecha de resumen: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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:**

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

Firma \_\_\_\_\_

**Fecha de suspensión de tratamiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ultima dosis de Bortezomib: \_\_\_\_\_ mg. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Causa:

- Finalización de tratamiento.
- Fallecimiento
- Intolerancia.
- Indicación médica
- Abandono
- Otra: \_\_\_\_\_

**Situación al finalizar tratamiento:** (de acuerdo a definiciones operativas establecidas en normativa correspondiente y debe acompañarse de documentación paraclínica que corresponda)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Remisión completa  | <input type="checkbox"/> Muy buena respuesta parcial | <input type="checkbox"/> Respuesta parcial        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad estable | <input type="checkbox"/> Progresión lesional         | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____ |

**Consideraciones que juzgue relevantes:**