

Vigencia: 14/09/2022 Página 1 de 3

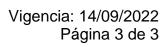
Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de NEOPLASIAS MIELODISPLÁSICAS y LAM

Fecha de solicitud ://		
Nombre del paciente	C.I	
Edad: años Sexo: ☐ Femenino ☐ Ma	asculino Institución de origen	
MEDICO HEMATÓLOGO SOLICITANTE:		
Nº de caja profesional Nombre	Firma	
<u>DIAGNÓSTICO</u>	Fecha del diagnóstico://	
□ Neoplasia mielodisplásica□ Leucemia aguda mieloblástica		
SITUACIÓN CLÍNICA		
Neoplasias mielodisplásicas de riesgo intermedio ☐ No ☐ Si		
Neoplasias mielodisplásicas de alto riesgo □ No □ Si		
Leucemia mielomonocítica crónica con el 10 al 29% de blastos medulares sin trastorno mieloproliferativo □ No □ Si		
Leucemia aguda mieloblástica □ No □ Si		
Tratamiento como puente para llegar a un alo – TPH (en caso de neoplasia mielodisplásica) □ No □ Si		
ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA (Sólo para diagnóstico de Neoplasias mielodisplásicas)		
Índice pronóstico internacional (IPSS):		
Porcentaje de blastos en MO: □ < 5 %	□ 5 - 10 % □ 11 - 20 % □ 21 - 30 %	
Cariotipo:	□ Intermedio □ Malo	
Número de Citopenias : 0-1	□ 2-3	
PUNTAJE TOTAL: ,	_	
Dependencia transfusional (al menos 1 transfusional	ón cada 8 semanas en un periodo de 4 meses):	
Bioquímica pronóstica (de los últimos tres meses): Hb:, g/dl. Neutrófilos (n): Plaquetas (n):		
Ferritina:ng/ml LDH:		
Mielofibrosis moderada o grave: □ Si □ No		



Vigencia: 14/09/2022 Página 2 de 3

ANTECEDENTES PERSONALES CARDIOVASCULARES: □ No **NEUROLÓGICOS**: □ No □ Si □ Cardiopatía isquémica ☐ Claudic. intermitente □ ACV □ Síndrome Parkinsoniano □ Cardiopatía valvular ☐ Insuf. venosa crónica □ Encefalopatía vascular □ Demencia □ Arritmias \square TVP □ Epilepsia □ Otros \square HTA □ Otros □ Insuficiencia cardíaca **NEFRO UROLOGICOS**: □ No □ Si Clase funcional NYHA: □ I □ II □ III □ IV □ Infección urinaria □ Insuficiencia renal □ Diálisis □ Otros **RESPIRATORIOS**: □ No □ Si □ Nefrectomía ☐ Asma **HEMATOLÓGICOS:** □ Bronquitis crónica □ Otros Cuales: ___ **DIGESTIVOS:** □ No □ Si No □Si **ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS:** □ Hepatopatía Enf. diverticular □ Localizada □ Otros □ Diseminada Especif. **ENDÓCRINOS METABOLICOS:** □ No □ Si □ Diabetes □ Obesidad OTROS: □ Si ☐ Hipotiroidismo □ Otros ☐ Hipertiroidismo ■ HIV □ Tabaquismo □ Alcoholismo □ Otros DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL CIRS: ___ (rango 0-56) (rango de 0-4) Performance Status según ECOG: TRATAMIENTOS RECIBIDOS □ No □ Si Dosis: _____ __ U/ semanal Eritropoyetina: Fecha de ultima dosis recibida: ____/___/ □ No □ Si Dosis: _ CFS-G: ___ mcg/día durante __ _ días Fecha de ultima dosis recibida: ___ /___/__ Quelantes de hierro: No Dosis ___ __ mg/día Fecha de ultima dosis recibida: ____/___/___ □ No □ Si Otros tratamientos: Cual/es?: □ Citarabina □ Decitabine Especifique: □ Otro PROPUESTA TERAPÉUTICA: ☐ 5 – Azacitidina ☐ 5 – Azacitidina + Venetoclax





TRATAMIENTO SOLICITADO:		
Talla: (cm) Peso (Kg):	IMC ,	Superficie corporal (m2):,
Dosis diaria propuesta de 5 -Azacitidina: Dosis diaria propuesta de Venetoclax:	_	Administración por: □ 5 días □7 días
Consideraciones que juzgue releva	ntes:	