

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

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino    Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

### MEDICO HEMATÓLOGO SOLICITANTE:

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

### DIAGNÓSTICO

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:	<input type="checkbox"/> < 5 %	<input type="checkbox"/> 5 - 10 %	<input type="checkbox"/> 11 - 20 %	<input type="checkbox"/> 21 - 30 %
Cariotipo:	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Malo	
Número de Citopenias :	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-3		
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>	____ , ____			

**Dependencia transfusional** (al menos 1 transfusión cada 8 semanas en un periodo de 4 meses):

- Si       No

**Bioquímica pronóstica** (de los últimos tres meses):

Hb: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ g/dl.      Neutrófilos (n): \_\_\_\_\_      Plaquetas (n): \_\_\_\_\_  
 Ferritina: \_\_\_\_\_ ng/ml      LDH: \_\_\_\_\_ U/l

**Mielofibrosis moderada o grave:**    Si       No

**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

- DIGESTIVOS:**  No  Si
- Hepatopatía  Enf. diverticular
  - Otros

- ENDÓCRINOS METABOLICOS:**  No  Si
- Diabetes  Obesidad
  - Hipotiroidismo  Otros
  - Hipertiroidismo

- NEUROLÓGICOS:**  No  Si
- ACV  Síndrome Parkinsoniano
  - Encefalopatía vascular  Demencia
  - Epilepsia  Otros

- NEFRO UROLOGICOS:**  No  Si
- Insuficiencia renal  Infección urinaria
  - Diálisis  Otros
  - Nefrectomía

- HEMATOLÓGICOS:**  No  Si

Cuales: \_\_\_\_\_

- ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS:**  No  Si
- Localizada
  - Diseminada Especif. \_\_\_\_\_

- OTROS:**  No  Si
- HIV  Tabaquismo
  - Alcoholismo  Otros

**DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

CIRS: \_\_\_\_ (rango 0-56)

Performance Status según ECOG: \_\_\_\_ (rango de 0-4)

**TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

**Eritropoyetina:**  No  Si Dosis: \_\_\_\_\_ U/ semanal Fecha de ultima dosis recibida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CFS-G:**  No  Si Dosis: \_\_\_\_\_ mcg/día durante \_\_\_\_ días Fecha de ultima dosis recibida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Quelantes de hierro:**  No  Si Dosis \_\_\_\_\_ mg/día Fecha de ultima dosis recibida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Otros tratamientos:**  No  Si Cual/es?:  Citarabina  
 Decitabine  
 Otro Especifique: \_\_\_\_\_

**PROPUESTA TERAPÉUTICA:**

- 5 – Azacitidina
- 5 – Azacitidina + Venetoclax

---

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**

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

Dosis diaria propuesta de 5 -Azacitidina: \_\_\_\_ mg    Administración por:     5 días     7 días

Dosis diaria propuesta de Venetoclax: \_\_\_\_ mg

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA