

## Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para tratamiento de Cáncer colorrectal

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

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

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

### **MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:**

C.I.: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **Información del mes en curso**

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de último control \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Tolerancia**

Efectos adversos:  No  Si

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relacionados con la infusión. | <input type="checkbox"/> Hematológicos. Cual/es _____       |
| <input type="checkbox"/> Sangrados. Cuales _____       | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial              |
| <input type="checkbox"/> TEP                           | <input type="checkbox"/> Trombosis. Cual _____              |
| <input type="checkbox"/> Rush cutáneo                  | <input type="checkbox"/> Gastro-intestinales. Cual/es _____ |
| <input type="checkbox"/> Acné severo                   | <input type="checkbox"/> Otros. Cual/es _____               |

**Seguimiento:** En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica  
(Imagenología de abd/pelvis, CEA / CA19-9, Otros exámenes patológicos al inicio)

Respuesta al tratamiento:  Respuesta Completa  Respuesta parcial  Enf. Estable  Progresión lesional

CEA: \_\_\_\_\_ CA 19-9: \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

### **Situación del paciente:**

Continúa  Suspende Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:  Intolerancia.  Abandono.  
 Progresión lesional.  Fallecimiento. Causa \_\_\_\_\_  
 Otros. Cual/es \_\_\_\_\_

**Cambio de quimioterapia asociada:**  No  Si

Tratamiento que recibía:  FOLFOX  Capecitabine  
 XELOX  Irinotecan  
 FOLFIRI  XELIRI  
 IFL  Otros

Motivo de cambio:  Progresión  Intolerancia  Efectos adversos  Otro \_\_\_\_\_

Nuevo tratamiento:  FOLFOX  Capecitabine  
 XELOX  Irinotecan  
 FOLFIRI  XELIRI  
 IFL  Otros

**Dosis mensual solicitada:**

**Bevacizumab:**

Ajuste de dosis:  No  Si Motivo: \_\_\_\_\_ N° de dosis en el mes: \_\_\_ dosis

Ciclo: cada \_\_\_\_\_ semanas Cantidad total de Bevacizumab solicitada: \_\_\_\_\_ mg

**Cetuximab:**

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Talla (cm) \_\_\_\_\_ Superficie corporal (m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

Plan de administración:

- 1) Ciclos de 28 días, sin descanso.

Dosis semanal 250mg /m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

- 2) Ciclos de 28 días, con 21 días de tratamiento.

Dosis semanal 250 mg/m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

- 3) Ciclos de 28 días, con dosis cada dos semanas.

Dosis c/2 sem. 500 mg/m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

INGRESO POR SISTEMA