

## 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. Cuáles? _____       |
| <input type="checkbox"/> Sangrados Cuáles? _____             | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial              |
| <input type="checkbox"/> TEP                                 | <input type="checkbox"/> Trombosis. Cuál? _____             |
| <input type="checkbox"/> Reacciones cutáneas (rush, prurito) | <input type="checkbox"/> Gastro-intestinales. Cuáles? _____ |
| <input type="checkbox"/> Acné severo                         | <input type="checkbox"/> Neumonitis                         |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                      | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                    |
| <input type="checkbox"/> Otros Cuáles? _____                 |   |

### 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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CA 19-9: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Control imagenológico  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN DEL PACIENTE:

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

Motivo de suspensión:

- Intolerancia.  Abandono.  
 Progresión lesional.  Fallecimiento Causa \_\_\_\_\_  
 Otros Cuáles? \_\_\_\_\_

### CAMBIO DE QUIMIOTERAPIA ASOCIADA: No Si

- Tratamiento que recibía:
- |                                  |                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FOLFOX  | <input type="checkbox"/> Capecitabine |
| <input type="checkbox"/> XELOX   | <input type="checkbox"/> Irinotecan   |
| <input type="checkbox"/> FOLFIRI | <input type="checkbox"/> XELIRI       |
| <input type="checkbox"/> IFL     | <input type="checkbox"/> Otros        |

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

Nuevo tratamiento:  FOLFOX  Capecitabine  
 XELOX  Irinotecan  
 FOLFIRI  XELIRI  
 IFL  Otros

**DOSIS MENSUAL SOLICITADA:**

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Talla (cm) \_\_\_\_\_

**Bevacizumab:**

Ajuste de dosis:  No  Si Motivo: \_\_\_\_\_

N° de dosis en el mes: \_\_\_ dosis Ciclo: cada \_\_\_\_\_ semanas

Cantidad total de Bevacizumab solicitada: \_\_\_\_\_ mg

**Cetuximab:**

Plan de administración:

- 1) Ciclos de 28 días, sin descanso.

Dosis semanal 250mg /m2: \_\_\_\_\_

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

Dosis semanal 250 mg/m2: \_\_\_\_\_

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

Dosis c/2 sem. 500 mg/m2: \_\_\_\_\_

**Pembrolizumab:**

Dosis c/3 semanas \_\_\_\_\_ mg