

Formulario de Solicitud de Tratamiento de cáncer colorrectal metastásico

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO:

Fecha de diagnóstico ___/___/___

- Cáncer de colon derecho
- Cáncer de colon izquierdo
- Cáncer de recto

Estudio de mutaciones BRAF/RAS (Sólo para colon izquierdo y recto):

BRAF No mutado Mutado

KRAS No mutado Mutado

NRAS No mutado Mutado

Estudio de inestabilidad de Microsatélites/dMMR No Si

Resultado: MSI-H dMMR

Metástasis:

- Hepáticas
- Pulmonares
- Peritoneales
- SNC
- No controladas Controladas
- Resecadas Radioterapia Quimioterapia Otros
- Otras localizaciones metastásicas. Especificar _____

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad.
- Recaída.
- Progresión de enfermedad metastásica

MARCADORES TUMORALES

CEA: _____
CA 19-9: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica
- Arritmias TVP
- HTA Otros
- Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS No Si

- Asma TBC
- EPOC Otros

NEUROLÓGICOS No Si

- ACV
- Epilepsia Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros
- Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorragíparos Anemia
- Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS No Si

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

- No Si Especificar _____

Tratamiento con corticoides o inmunosupresores:

- No Si Cuáles? _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
- VHB Alcoholismo
- VHC Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): 0 1 2 3 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Cirugía de tumor colorrectal 1º. Fecha ____/____/____ 2º. Fecha ____/____/____

Cirugía de metástasis. Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____

Radioterapia. Localización. _____ Fecha ____/____/____
Localización. _____ Fecha ____/____/____

Tratamiento sistémico previo:

Tratamiento	SI	N° de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Capecitabine			
Fluoracilo (i/c)			
Fluoracilo/leucovorin			
Bevacizumab			
Cetuximab			
Pembrolizumab			
Otros			

TRATAMIENTO ASOCIADO

Tratamiento	SI	N° de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Capecitabine			
Irinotecan			
XELIRI			
Otros			

DATOS PARA EL TRATAMIENTO SOLICITADO

Bevacizumab Cetuximab Pembrolizumab

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. Sup. Corporal _____ m² IMC _____

Bevacizumab:

Dosis: _____ mg./ cada _____ semanas.

N° de dosis en el mes: ____

Cetuximab:

Plan de administración:

- 1) Ciclos de 28 días, sin descanso.

Dosis inicial 400 mg /m²: _____

Dosis semanal 250mg /m²: _____

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

Dosis inicial 400 mg/m²: _____

Dosis semanal 250 mg/m²: _____

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

Dosis c/2 sem. 500 mg/m²: _____

Pembrolizumab:

Dosis (mg): _____ cada 3 semanas

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: