

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 _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO:

Fecha de diagnóstico ___/___/___

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

(Sólo para colon izquierdo y recto):

BRAF No mutado Mutado

KRAS No mutado Mutado

NRAS No mutado Mutado

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 Claud. 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

NEUROLÓGICOS No Si

- AVE Sind.
- Parkinsoniano
- Encefalopatía vascular Demencia
- Epilepsia Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros
- Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
- Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros
- Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
- Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
- Alcoholismo Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

- I- Actividad irrestricta
- II- Actividad normal con limitaciones
- III- Actividad muy limitada
- IV- Incapacidad de cuidarse

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:

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Capecitabine			
Fluoracilo (i/c)			
Fluoracilo/leucovorin			
Bevacizumab			
Cetuximab			
Otros			

TRATAMIENTO PROPUESTO

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha última serie o ciclo
Ninguno			
FOLFOX			
XELOX			
FOLFIRI			
IFL			
Capecitabine			
Irinotecan			
XELIRI			
Otros			

DOSIS PROPUESTA

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

Bevacizumab:

Dosis: _____ mg./ cada _____ semanas.

Nº de dosis en el mes: ____ (de 1 a 4)

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: _____

Consideración que juzgue relevante:

INGRESO POR SISTEMA