

Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para el Tratamiento del CÁNCER DE HÍGADO AVANZADO

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

N° CP: _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: ☐ NO ☐ SI Fecha: ____/____/____

Motivo: ☐ Intolerancia/Efectos adversos ☐ Indicación médica ☐ Abandono ☐ Fallecimiento

☐ Otra. Cual _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de tratamiento? ☐ No ☐ Si

Droga que recibía: ☐ Sorafenib ☐ Regorafenib Fecha de última dosis recibida ____/____/____
☐ Atezolizumab ☐ Bevacizumab

Motivo de cambio: ☐ Progresión o falta de respuesta
☐ Efectos adversos
☐ Indicación médica (elección de nuevo tratamiento)
☐ Otro motivo. Especifique _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control del mes: ____/____/____

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ HTA ☐ Proteinuria ☐ Alteración del FyEH ☐ Prurito ☐ Ictericia

☐ Síndrome mano-pie ☐ Rush cutáneo

☐ Astenia ☐ Fatiga ☐ Anorexia ☐ Insomnio ☐ Diarrea ☐ Otro. Cuál _____

CHILD y PUGH: Puntaje: ____ (0 al 15) Clasificación: ____ (A,B,C)

Paraclínica requerida:

Alfafetoproteína actual ____ ng/ml Fecha ____/____/____

Funcional y Enzimograma Hepático: Fecha: ____/____/____

TGO: ____ TGP: ____ GammaGT: ____ FA: ____

BT: ____ BD: ____ BI: ____ Albúmina (gr/dL): __, __

INR: __, __

Ascitis: ☐ No ☐ Leve ☐ Moderada/Grave Encefalopatía hepática: ☐ No ☐ I-II ☐ III-IV

Hemograma: Hb (gr/dl): __, __ Leucocitos: ____ /mm³ Plaquetas: ____ /mm³

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Respuesta al tratamiento según criterios imagenológicos RECIST:

☐ Respuesta completa ☐ Respuesta parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión lesional

Comentarios _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Peso: ____ Kg.

☐ Sorafenib ____ mg diarios

☐ Regorafenib ____ mg diarios

☐ Atezolizumab ____ mg cada 3 semanas

Vía de administración: ☐ Subcutáneo ☐ Intravenoso

Cambia vía de administración respecto a última solicitud? ☐ Si ☐ No

☐ Bevacizumab ____ mg i/v cada 3 semanas

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: