

Vigencia: Marzo 2025

Página 1 de 3

Formulario de Solicitud de INICIO de Tratamiento de CÁNCER DE HÍGADO AVANZADO

	Fecha de solicitud ://						
	Nombre del paciente	•	C.I			_	
	Edad: años	Sexo: Femenino	/Masculino Institución de origen			_	
	MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:						
	N° de CP:	Nombre	Firma _				
	DIAGNÓSTICO						
	☐ Hepatocarcinoma		Fecha del diagnóstico debut de la enfermeda	d:/_			
	Hepatocarcinoma no resecable ni pasible de otro tratamiento curativo. ☐ Si ☐ No						
	Metástasis: □ No	□ Si	Fecha del diagnóstico de la enfermedad meta	astásica: _			
	□ Pulmón □ Óseas	☐ Ganglios Linfá	áticos □ Peritoneales Especificar				
	SITUACIÓN CLÍNICA						
	Hepatocarcinoma metástasico sin tratamiento sistémico previo: ☐ Si ☐ No						
	Hepatocarcinoma con progresión lesional luego de tratamiento locorregional, sin tratamiento sistémico previo:						
	Hepatocarcinoma ava	nzado con progres	ión lesional bajo tratamiento con Sorafenib:	□Si	□ No		
	•		ión lesional bajo tratamiento con Regorafenib	: 🗆 Si	\square No		
	Hepatocarcinoma ava	nzado con efectos	adversos documentados al Sorafenib:	□Si	□ No		
	Hepatocarcinoma ava	nzado con efectos	adversos documentados al Regorafenib:	□Si	\square No		
Efectos adversos documentados:							
		ertensión Arterial penias	•	ush cutáno arrea	90		
			nto con Sorafenib o Regorafenib estable	□ Si	□ No		
	Fecha del último tratamiento sistémico recibido (Sorafenib o Regorafenib):/						



Vigencia: Marzo 2025

Página 2 de 3

CHILD y PUGH

Puntaje: Clasificacion:								
Billirubina total (mg/dL): , Albúmina (gr/dL): , INR: _ ,								
Ascitis: □ No □ Leve □ Moderada/Grave Encefalopatía hepática: □ No □ I-II □ III-IV								
Tiempo de protrombina (%):								
TGO(mg/dl): GGT(mg/dl): GGT(mg/dl):								
Hemograma Hb (gr/dL):, Plaquetas (x mm3): GB (x mm3):								
Alfafetoproteína actualng/ml Fecha//								
Etiología asociada								
OH: Si No Tiempo de duración (años): Tiempo de abstinencia (meses): VHB: Si No VHC: Si No Otra Si No Especificar								
DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL								
Performance Status según ECOG: (rango de 0-4)								
ANTECEDENTES PERSONALES								
CARDIOVASCULARES No Si								
CARDIOVASCULARES No Si Cardiopatía isquémica Cardiopatía valvular HTA Arritmias TVP Otros								
□ Cardiopatía isquémica □ Cardiopatía valvular □ HTA								
□ Cardiopatía isquémica □ Cardiopatía valvular □ HTA □ Arritmias □ TVP □ Otros								
□ Cardiopatía isquémica □ Cardiopatía valvular □ HTA □ Arritmias □ TVP □ Otros □ Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: □ I □ II □ III □ IV								
Cardiopatía isquémica Cardiopatía valvular HTA Arritmias TVP Otros Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: I II III IV RESPIRATORIOS No Si Asma TBC EPOC Otros								
Cardiopatía isquémica Cardiopatía valvular HTA Otros Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: I III III IV RESPIRATORIOS No Si Asma TBC CPOC Otros NEUROLÓGICOS No Si								
Cardiopatía isquémica Cardiopatía valvular HTA Arritmias TVP Otros Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: I II III IV RESPIRATORIOS No Si Asma TBC EPOC Otros								
Cardiopatía isquémica Cardiopatía valvular Otros Arritmias Otros Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: I II III III IV RESPIRATORIOS No Si ASMA TBC EPOC Otros NEUROLÓGICOS No Si ACV Encefalopatía vascular								
Cardiopatía isquémica								
Cardiopatía isquémica								



Vigencia: Marzo 2025

Página 3 de 3

DIGESTIVOS No	□ Si						
□ Hepatopatía	□ Otros						
HEMATOLÓGICOS	□ No □ Si Cuales						
ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA 🗆 No 🗆 Si							
Especificar							
Tratamiento con corticoides o inmunosupresores □ No □ Si Cuáles?							
OTRAS NEOPLASIAS	S □ No □ Si □ Localizada □ Diseminada Espec						
OTROS 🗆 No	□Si						
☐ HIV ☐ Taba	aquismo Alcoholismo Otros						
TRATAMIENTOS	PREVIOS LOCOREGIONALES No Si						
Resección: Crioablación:	= 1.0 = 6.						
Etanol:	□ No □ Si Fecha://						
Radiofrecuencia: Quimioembolización:	□ No □ Si Fecha:// □ No □ Si Fecha://						
Otro	□ No □ Si Fecha:// Especifique)						
TRATAMIENTO S	OLICITADO	_					
Peso: Kg.	Talla cm.						
☐ Sorafenibmg	mg i/v cada 3 semanas						

Consideraciones que juzgue relevantes: