

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 enfermedad: ___/___/___

Hepatocarcinoma no resecable ni pasible de otro tratamiento curativo. Si No

Metástasis: No Si Fecha del diagnóstico de la enfermedad metastásica: ___/___/___

Pulmón Ganglios Linfáticos Peritoneales

Óseas Otras Especificar _____

SITUACIÓN CLÍNICA

Hepatocarcinoma metastásico sin tratamiento sistémico previo: Si No

Hepatocarcinoma con progresión lesional luego de tratamiento locorregional,
sin tratamiento sistémico previo: Si No

Hepatocarcinoma avanzado con progresión lesional bajo tratamiento con Sorafenib: Si No

Hepatocarcinoma avanzado con intolerancia documentada al Sorafenib: Si No

Intolerancia dada por:

Hipertensión Arterial

Síndrome mano-pie

Rush cutáneo

Citopenias

Astenia

Diarrea

CHILD y PUGH

Puntaje: _____

Clasificación: _____

Billirubina total (mg/dL): _____, _____ Albúmina (gr/dL): _____, _____ Tiempo de protrombina (%): _____

TGO(mg/dl): _____ TGP(mg/dl): _____ GGT(mg/dl): _____

Hemograma Hb (gr/dL): _____, _____ Plaquetas (x mm3): _____ GB (x mm3): _____

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

- 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 EPOC Otros

NEUROLÓGICOS No Si

- ACV Sind. Parkinsoniano Encefalopatía vascular
 Demencia Epilepsia Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes Obesidad Hipotiroidismo Hipertiroidismo Otros

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria Diálisis Nefrectomía Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Enfermedad diverticular Otros

HEMATOLÓGICOS No Si Cuales _____

OTRAS NEOPLASIAS No Si Localizada Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo Alcoholismo Otros

TRATAMIENTOS PREVIOS LOCOREGIONALES No Si

Resección: No Si Fecha: ____/____/____

Crioablación: No Si Fecha: ____/____/____

Etanol: No Si Fecha: ____/____/____

Radiofrecuencia: No Si Fecha: ____/____/____

Quimioembolización: No Si Fecha: ____/____/____

Otro No Si Fecha: ____/____/____ Especifique) _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Peso: ___ ___ Kg. Talla ___ ___ cm. Sup. Corporal: ___ , ___ m² IMC: ___ , ___

- Sorafenib
 Regorafenib

Dosis diaria propuesta (mg):: ___ ___ ___

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA