Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para tratamiento de Cáncer de Mama

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ **C.I.**_____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____ Nombre _____Firma _____

SITUACIÓN CLÍNICA (Corresponde solo para diagnóstico de cáncer de mama operable)

☐ Neoadyuvancia
☐ Adyuvancia

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: ☐ No ☐ Si Fecha: __/__/_____

Motivo: ☐ Finaliza adyuvancia ☐ Intolerancia ☐ Cardiotoxicidad
☐ Abandono ☐ Fallecimiento ☐ Progresión lesional
☐ Otro motivo →Especifique: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

¿Asocia fármaco? ☐ No ☐ Si ¿Cuál? ☐ Trastuzumab ☐ Lapatinib ☐ Fulvestrant
☐ Pertuzumab ☐ Trastuzumab emtansine (TDM-1)
☐ Ribociclib

¿Cambia de fármaco? ☐ No ☐ Si

Droga que recibía: ☐ Trastuzumab ☐ Lapatinib ☐ Fulvestrant ☐ Pertuzumab
☐ Trastuzumab emtansine (TDM-1) ☐ Ribociclib ☐ Pembrolizumab

En tratamiento desde: __/__/____ a dosis de _____ mg.

Motivo del cambio: ☐ Efectos adversos.
☐ Progresión lesional ☐ Misma localización metastásica
☐ Nueva localización metastásica ☐ Visceral
☐ No visceral
☐ Completó neoadyuvancia - Presencia de enfermedad residual
Cantidad de ciclos recibidos previo a cirugía: ___
☐ Completó neoadyuvancia - Respuesta completa

Esp.:_____

INGRESO POR SISTEMA

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: __/__/____ Fecha de último control : ___/___/_____

Tratamiento con Trastuzumab

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Arritmia Cual _____
☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Tratamiento con Fulvestrant

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Fenómeno tromboembólico Cual _____
☐ Otros eventos adversos Cuales _____

Tratamiento con Lapatinib

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Insuficiencia cardíaca Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Arritmia – Prolongación del intervalo QT
☐ Arritmia – Otra _____
☐ Reducción de la FEVI al 20% del valor basal o por debajo del límite inferior del rango normal.
☐ Diarrea Especifique grado: _____
☐ Hepatoxicidad Especifique: _____
☐ Sindrome mano-pie
☐ Hematológicos Cuales: _____
☐ Otros eventos adversos Cuales: _____

Tratamiento con Pertuzumab-Trastuzumab

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Arritmia Cual _____
☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

INGRESO POR SISTEMA

Tratamiento con Trastuzumab emtansine (TDM-1)

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Arritmia Cual _____
☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
☐ Alteraciones de transaminasas.
☐ Plaquetopenia
☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Tratamiento con Ribociclib:

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Arritmia – Prolongación del intervalo QT
☐ Hepatotoxicidad Especifique: _____
☐ Hematológicos Cuales: _____
☐ Neumonitis/Enfermedad intersticial pulmonar
☐ Otros eventos adversos Cuales: _____

Tratamiento con Pembrolizumab:

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

☐ Relacionados con la infusión: Cuáles_____
☐ Reacciones cutáneas (rush, prurito)
☐ Alopecia
☐ Fatiga
☐ Síntomas digestivos: Cuáles_____
☐ Elevación de ALT (Alanina Amino Transferasa)
☐ Hipotiroidismo
☐ Hipertiroidismo
☐ Alteraciones hematológicas: Cuáles_____
☐ Neumonitis
☐ Otros. Cuáles: _____

INGRESO POR SISTEMA

PARACLÍNICA **(En caso de reducción vinculada al tratamiento)**

FEVI __ __ %

SEGUIMIENTO ☐ No ☐ Si (para cáncer de mama metastásico)
En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica que corresponda:

☐ Respuesta Completa ☐ Respuesta Parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión lesional

CA 15-3: _ _ _ _,_ _ Fecha: ____/____/_____

Control imgenológico ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/_____

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

Paciente viaja al exterior? ☐ No ☐ Si Cantidad de días: __ __ N° de dosis en el mes: __ dosis

Trastuzumab

Ajuste de dosis: ☐ No ☐ Si Motivo: _____ N° de dosis en el mes: __ dosis

Cantidad total de Trastuzumab solicitado: __ __ __ mg

☐ Administración cada 3 semanas Fechas de las dosis: __/__/_____ __/__/_____
☐ Administración semanal

Pertuzumab

Cantidad de Pertuzumab solicitado: __ __ __ __ mg

Trastuzumab-Pertuzumab s/c

Cantidad de dosis solicitada: ____ mg (cada 3 semanas)

Fulvestrant

Cantidad de Fulvestrant solicitado: __ __ __ __ mg

Lapatinib

Cantidad de Lapatinib solicitado: __ __ __ __ mg/dia

Trastuzumab emtansine (TDM-1)

Cantidad de Trastuzumab emtansine (TDM-1) solicitado: __ __ __ __ mg

Ribociclib:

Ajuste de dosis: ☐ No ☐ Si Motivo: _____

Dosis solicitada: __ __ __ mg

Pembrolizumab:

Cantidad de Pembrolizumab solicitado: _ _ _ _ mg (cada 3 semanas)

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA