

## 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

En tratamiento desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a dosis de \_\_\_\_\_ mg./día

Motivo del cambio:       Efectos adversos.  
 Progresión lesional       Misma localización metastásica  
 Nueva localización metastásica       Visceral  
 No visceral  
 Completó neoadyuvancia, presencia de enfermedad residual  
 Completó neoadyuvancia con Trastuzumab-Pertuzumab  
Esp.: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de último control : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de administración de la dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Tratamiento con Trastuzumab**

Nº de dosis de Trastuzumab en el mes: \_\_\_ dosis

Cantidad total de Trastuzumab recibida en el mes en curso: \_\_\_ \_\_\_ mg

**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**

Dosis administrada: \_\_\_ \_\_\_ mg.

**Tolerancia al tratamiento:**

- Efectos adversos:  No  Si
- Fenómeno tromboembólico Cual \_\_\_\_\_
  - Otros eventos adversos Cuales \_\_\_\_\_

**Tratamiento con Lapatinib**

Dosis administrada: \_\_\_ \_\_\_ mg.

**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: \_\_\_\_\_
  - Hepatotoxicidad Especifique: \_\_\_\_\_
  - Síndrome mano-pie
  - Hematológicos Cuales: \_\_\_\_\_
  - Otros eventos adversos Cuales: \_\_\_\_\_

**Tratamiento con Pertuzumab**

Nº de dosis de Pertuzumab en el mes: \_\_\_ dosis

Cantidad total de Pertuzumab recibida en el mes en curso: \_\_\_ \_\_\_ mg

**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 Trastuzumab emtansine (TDM-1)**

N° de dosis de Trastuzumab emtansine en el mes: \_\_\_ dosis

Cantidad total de Trastuzumab emtansine recibida en el mes en curso: \_\_\_ \_\_\_ mg

**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:**

Dosis administrada: \_\_\_ \_\_\_ mg.

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos:  No  Si

- Arritmia – Prolongación del intervalo QT
- Hepatotoxicidad Especifique: \_\_\_\_\_
- Hematológicos Cuales: \_\_\_\_\_
- Neumonitis/Enfermedad intersticial pulmonar
- Otros eventos adversos Cuales: \_\_\_\_\_

**PARACLÍNICA**

Ecocardiograma con FEVI (Frecuencia: Trimestral)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FEVI \_\_\_ %

Resto del estudio:

- Normal
- Con alteraciones Cuales \_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO** (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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DOSIS MENSUAL SOLICITADA

Paciente viaja al exterior?  No  Si Cantidad de días: \_\_\_

### 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

### Fulvestrant

Cantidad de Fulvestrant solicitado: \_\_\_ mg

### Lapatinib

Cantidad de Lapatinib solicitado: \_\_\_ mg/día

### Pertuzumab

Cantidad de Pertuzumab solicitado: \_\_\_ mg

### Trastuzumab emtansine (TDM-1)

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

### Ribociclib:

Ajuste de dosis:  No  Si Motivo: \_\_\_\_\_

Dosis solicitada: \_\_\_ mg

---

## CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: