

## Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del 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 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

**Cáncer de mama operable**      Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cáncer de mama avanzado.**      Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Estadificación T.N.M.**       I     II A     II B     III A     III B     III C     IV

### **Factores pronósticos-predictivos**

1) Receptores de estrógenos RE y progesterona RP

*En tumor primario (componente invasor):*

RE:     Positivos      RP:     Positivos  
       Negativos             Negativos  
       sd                           sd

*En lesión metastásica (Especifique.....)*

RE:     Positivos      RP:     Positivos  
       Negativos             Negativos  
       sd                           sd

2) HER 2/ neu

*En tumor primario (componente invasor):*

IHQ 3 +  
 IHQ 2 + /FISH +  
 FISH +

*En lesión metastásica (Especifique.....)*

IHQ 3 + (> 30%)  
 IHQ 2 + /FISH +  
 FISH +

3) **Tamaño tumoral** del componente invasor

\_\_\_\_\_ mm

4) Compromiso ganglionar axilar

Axila negativa  
 1 a 3 ganglios +  
 4 a 9 ganglios +  
 10 o más ganglios +

5) **Estado menopáusico**

Premenopáusica  
 Post-menopáusica  
 Indeterminado  
 Sin dato

### MARCADOR TUMORAL

CA 15-3: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## SITUACIÓN CLÍNICA

**CANCER DE MAMA PRECOZ**

- Adyuvancia  
 Neoadyuvancia

**CANCER DE MAMA AVANZADO**

- Debut de enfermedad.  
 Enfermedad locorregionalmente avanzada.  
 Enfermedad diseminada a distancia.  
 Recaída local post cirugía no conservadora  
 Recaída bajo tratamiento sistémico previo al inicio del Trastuzumab.  
 Recaída luego de completado el tratamiento con Trastuzumab  
 Progresión de la enfermedad metastásica bajo tratamiento sistémico.  
 Recaída  
 Recaída bajo tratamiento con hormonoterapia  
 Otra \_\_\_\_\_

METASTASIS:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oseas                             | <input type="checkbox"/> SNC - No controladas                   |
| <input type="checkbox"/> Cutáneas/ subcutáneas             | <input type="checkbox"/> SNC – Controladas con cirugía          |
| <input type="checkbox"/> Pulmonares                        | <input type="checkbox"/> SNC – Controladas con Radioterapia     |
| <input type="checkbox"/> Hepáticas                         | <input type="checkbox"/> SNC – Controladas con Quimioterapia    |
| <input type="checkbox"/> Otras localizaciones metastásicas | <input type="checkbox"/> SNC – Controladas con otro tratamiento |

Especifique .....

Fracción de eyección ventricular izquierda

FEVI \_\_, \_\_ % Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

## 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  Otros  
 EPOC

**NEUROLÓGICOS**

No  Si

- ACV  Sind. Parkinsoniano  
 Encefalopatía vascular  Demencia  
 Epilepsia  Otros

**ENDOCRINO METABÓLICOS**

No  Si

- Diabetes  Obesidad  
 Hipotiroidismo  Otros  
 Hipertiroidismo

**NEFRO UROLÓGICOS**

No  Si

- Insuficiencia renal  Infección urinaria  
 Diálisis  Otros

**DIGESTIVOS**

No  Si

- Hepatopatía  Otros  
 Enfermedad diverticular

**HEMATOLÓGICOS**

No  Si

- Trastornos hemorrágicos  Anemia  
 Estados trombofílicos  Otros

**OTRAS NEOPLASIAS**

No  Si

Cual \_\_\_\_\_

Localizada

Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

**OTROS**

No  Si

- HIV  Tabaquismo  
 Alcoholismo  Otros

## DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

ECOG: \_\_\_\_ (0 a 4)

### TRATAMIENTOS PREVIOS

Tratamiento	SI	N° de ciclos	Fecha 1° ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
FAC				
FEC				
TAC				
AC				
Paclitaxel				
Docetaxel				
Vinorelbina				
CMF				
CAF				
TC				
AT				
TCH				
Carboplatino				
Oxiplatino				
Capecitabine				
Gemcitabine				
Trastuzumab				
Pertuzumab				
Trastuzumab emtansine (TDM-1)				
Lapatinib				
Tamoxifeno				
Anastrozole				
Letrozole				
Goserelina				
Fulvestrant				
Ribociclib				
Radioterapia				
Otros				



**Trastuzumab:** (Seleccionar y completar uno de los siguientes esquemas)

Las siguientes opciones de administración son elección de oncólogo tratante y válidas para todas las indicaciones

Dosis propuesta de **Trastuzumab intravenoso:** Dosis carga \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg

Dosis de mantenimiento: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg / cada \_\_\_ semanas

Dosis propuesta de **Trastuzumab subcutáneo:** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg / cada \_\_\_ semanas

Dosis propuesta de **Lapatinib:** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg/día

**Fulvestrant:**

Dosis propuesta de **Fulvestrant (inicio):** \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg

**Pertuzumab:** (Junto con Trastuzumab intravenoso)

Dosis propuesta de **Pertuzumab intravenoso:** Dosis carga \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg

Dosis de mantenimiento: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg

**Trastuzumab emtansine (TDM-1):**

Dosis propuesta de **Trastuzumab emtansine (TDM-1):** Dosis: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg

**Ribociclib:**

Dosis propuesta de **Ribociclib:** Dosis: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg/día

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA