

Formulario de Solicitud de INICIO de Tratamiento de CÁNCER DE PRÓSTATA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

N° de caja profesional: _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO:

Cáncer de próstata Fecha del diagnóstico debut de la enfermedad: ___/___/___

Metástasis: Fecha del diagnóstico de la enfermedad metastásica: ___/___/___

- Óseas
- Tejidos blandos
- Hepáticas
- Pulmonares
- Otras vísceras. Especificar _____

SITUACIÓN CLÍNICA

Cáncer de próstata metastásico, hormonorefractario, en progresión luego de quimioterapia con Docetaxel No Si

Cáncer de próstata metastásico, hormonorefractario, en progresión sin quimioterapia previa No Si

Evaluación del dolor? No Si EVA dolor: ___ (rango de 0 a 10, 0 sin dolor y 10 máximo de dolor)

¿Requerimiento de opiáceos para el manejo del dolor? No Si Fecha de inicio: ___/___/___

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 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 Nefrectomía
 Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

Cuales _____

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

PARACLÍNICA (de los últimos tres meses)

Últimos tres valores de PSA:

PSA (ng/ml): _____, _____ Fecha: ____/____/____ PSA (ng/ml): _____, _____ Fecha: ____/____/____

PSA (ng/ml): _____, _____ Fecha: ____/____/____

Hemograma: Glób. Blancos: _____ Hb: _____ Plaquetas: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

LOCORREGIONALES No Si

Prostatectomía Fecha: ____/____/____ RT prostática Fecha: ____/____/____

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA No Si

Cirugía Fecha: ____/____/____ RT Fecha: ____/____/____

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS No Si

Docetaxel: No Si Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de fin de tratamiento: ____/____/____

Análogos LHRH: No Si

Fecha de inicio: ____/____/____ Finalizó tratamiento? No Si Fecha de finalización: ____/____/____

Otros tratamientos sistémicos: No Si Especifique cuál? _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Finalizó tratamiento? No Si Fecha de finalización: ____/____/____

TRATAMIENTO SOLICITADO

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

Dosis diaria propuesta Abiraterona: _____ mg.

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA