

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL TRATAMIENTO del Cáncer de Pulmón

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 _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Progresión lesional Abandono Fallecimiento
 Otra: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO No Si

Droga que recibía: Erlotinib Gefitinib Atezolizumab Pembrolizumab

En tratamiento desde: ___/___/___ a dosis de _____ mg.

Motivo de cambio:

- Efectos adversos. Especifique: _____
 Otros. Especifique _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___ Fecha de último control: ___/___/___

Complicaciones:

- Por el tratamiento. Especifique _____
 Por su enfermedad. Especifique _____

SEGUIMIENTO

En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica que corresponda:

Respuesta Completa Respuesta Parcial Enfermedad estable Progresión lesional

Comentarios que juzgue relevantes:

DOSIS SOLICITADA

- Erlotinib: _____ mg/día.
 Gefitinib: _____ mg/día.
 Atezolizumab: _____ mg i/v cada 3 semanas
 Pembrolizumab: _____ mg i/v cada 3 semanas