

## Formulario de solicitud inicio de 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 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cáncer de pulmón resecable (Adyuvancia)**

Fecha de la cirugía: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cáncer de pulmón avanzado.**

### SITUACIÓN CLÍNICA (CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO)

- Debut de enfermedad
- Recaída post- tratamiento sistémico adyuvante.
- Recaída post- cirugía.
- Otra. Especifique.....

#### METÁSTASIS:

- Ganglionares
- Pulmonares
- Pleural
- Hepáticas
- Oseas
- SNC  No controladas
- Controladas:  Resecadas  Radioterapia  Quimioterapia  Otro. Cual.....
- Otras localizaciones metastásicas. Especifique.....

### **Estadificación T.N.M.**

I     II A     II B     III A     III B     IV

### STATUS MUTACIONAL

#### 1- MUTACIÓN EGFR:

##### Mutación de sensibilidad

- Exon 19 (del 19 E746 – A750)
- Exon 21 (L858R)
- Otra. Especifique \_\_\_\_\_

##### Mutación de resistencia    No    Si

- T790M
- Otra. Especifique \_\_\_\_\_

2. MUTACIÓN ALK POSITIVA  No  Si

3. EXPRESIÓN DE PD-L1

PD-L1 Positivo  No  Si PD-L1: \_\_\_\_ %

### 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

- AVE  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. \_\_\_\_\_

#### **ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA**

No  Si

Especificar \_\_\_\_\_  
 Tto con corticoides o inmunosupresores  No  Si  
 Cuales? \_\_\_\_\_

#### **OTROS**

No  Si

- HIV  Alcoholismo  
 VHB  Tabaquismo  
 VHC  Otros

### DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG):  0  1  2  3  4

### TRATAMIENTOS PREVIOS

#### Tratamiento sistémico:

- No  
 Si. Especifique cual/cuales y fecha de la última dosis \_\_\_\_\_

**Radioterapia:**

- Torácica Fecha de finalización \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Sobre Metástasis. Cual \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Cirugía:**

- Torácica Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- Exéresis de metástasis. Cual \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

**TRATAMIENTO PROPUESTO**

- Erlotinib (150 mg/día por v/o)
- Gefinitib (250 mg/día por v/o)
- Osimertinib (80 mg/día por v/o)
- Alectinib (1200 mg/día por v/o)
- Atezolizumab (cada 3 semanas)
- Vía de administración:  Subcutáneo (1875 mg)  Intravenoso (1200 mg)
- Pembrolizumab (200 mg i/v cada 3 semanas)

Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ mg

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**