

## 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

Cáncer de pulmón avanzado.

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

### Estadificación T.N.M.

I     II A     II B     III A     III B     IV

### SITUACIÓN CLÍNICA

#### CANCER DE PULMON AVANZADO

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

#### METASTASIS:

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

### 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. EXPRESIÓN DE PDL1 ≥ 50% :    \_\_\_\_\_ %

**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. \_\_\_\_\_

**OTROS**

No  Si

- HIV  Tabaquismo  
 Alcoholismo  Otros

**DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)**

- I- Actividad irrestricta  
 II- Actividad normal con limitaciones  
 III- Actividad muy limitada  
 IV- Incapacidad de cuidarse

**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)
- Atezolizumab (1200 mg i/v cada 3 semanas)
- Pembrolizumab (200 mg i/v cada 3 semanas)

Peso (Kg): \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Talla (cm): \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Superficie corporal (m2): \_\_, \_\_\_ \_\_\_

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

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**