

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL de TRATAMIENTO de CÁNCER DE RIÑÓN

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de fármaco? No Si

Droga que tomaba: Sunitinib Sorafenib Pazopanib

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

Motivo de cambio: Intolerancia a la droga. Especifique: _____
 Toxicidad por la droga _____
 Falla de tratamiento _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___

Fecha de último control del mes: ___/___/___

Complicaciones: Del tratamiento Especifique _____
 De la enfermedad Especifique _____

SEGUIMIENTO

En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento:

Respuesta Completa Respuesta Parcial Enfermedad estable Progresión lesional

Documentado con paraclínica en la siguiente periodicidad:

Trimestral: Ecografía de Abdomen Rx de tórax Otros exámenes patológicos al inicio

Semestral: TAC de Tx.Abd.Pelvis Otros exámenes patológicos al inicio

Comentarios _____

Situación del paciente a fin de mes:

Continúa tratamiento
 Suspende tratamiento Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Indicación médica
 Abandono Fallecimiento
 Otro

Droga solicitada: Sunitinib Sorafenib Pazopanib

Dosis diaria solicitada: _____ mg para el mes de: _____