

**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 recibía: Sunitinib Sorafenib Pazopanib
 Pembrolizumab+Axitinib Nivolumab+Ipilimumab

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

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

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

Situación actual:

Continúa tratamiento Cambio de dosis No Si
 Suspende tratamiento Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Indicación médica
 Abandono Fallecimiento
 Progresión lesional Otro

Droga solicitada:

Sunitinib Sorafenib Pazopanib

Dosis diaria solicitada: ___ ___ ___ mg

Pembrolizumab+Axitinib

Dosis propuesta Pembrolizumab: _____ mg cada 3 semanas

Dosis diaria propuesta Axitinib: _____ mg

Nivolumab+Ipilimumab

Fase de mantenimiento. Dosis propuesta Nivolumab: _____ mg cada 2 semanas

Nivolumab (segunda línea) Dosis propuesta: _____ mg cada 2 semanas

Peso (Kg): _____

INGRESO POR SISTEMA