

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de CANCER DE RIÑÓN

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

CANCER DE RIÑÓN

Metástasis:

- Pulmonares
- Óseas
- Hepáticas
- SNC
- Otras Esp.....

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad
 - Progresión lesional bajo tratamiento
 - Recaída
 - Otra situación
- Especifique

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

CLASIFICACIÓN DE RIESGO IMDC

	SI	NO
Puntuación del estado funcional de Karnofsky <80		
Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de la terapia dirigida <1 año		
Hemoglobina inferior a límite inferior de lo normal (LIN)		
Calcio sérico superior a límite superior de lo normal (LSN)		
Recuento de neutrófilos superior a LSN		
Recuento de plaquetas superior a LSN		

Riesgo favorable: Ninguno de los factores de riesgo anteriores está presente.
Riesgo intermedio: 1 o 2 de los factores de riesgo anteriores presentes.
Riesgo desfavorable: 3 o más factores de riesgo presentes.

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica Claudic. intermitente
 Cardiopatía valvular TVP- TEP
 Arritmias Otros
 HTA
 Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma TBC
 Bronquitis crónica Otros
 EPOC

NEUROLÓGICOS

No Si

- ACV Síndrome Parkinsoniano
 Encefalopatía vascular Demencia
 Epilepsia Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal Nefrectomía
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS

No Si

Cuales _____

OTRAS ENF. NEOPLÁSICAS

No Si

- Localizada
 Diseminada Especif. _____

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

- Cirugía: Nefrectomía Fecha: __/__/____
 Exéresis de metástasis Fecha: __/__/____
 ITK
 Otros
Especifique _____

Solicitud de tratamiento con:

- Sunitinib Pazopanib

Dosis diaria propuesta: _____ mg

Pembrolizumab + Axitinib

Dosis propuesta Pembrolizumab: _____ mg cada 3 semanas

Dosis diaria propuesta Axitinib: _____ mg

Nivolumab + Ipilimumab

Fase inicial (primeros 4 ciclos): Nivolumab Dosis (mg): _____ cada 3 semanas

Ipilimumab Dosis (mg): _____ cada 3 semanas

Fase de mantenimiento: Nivolumab Dosis (mg): _____ cada 2 semanas

Nivolumab (segunda línea)

Dosis propuesta: _____ mg cada 2 semanas

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____ Superficie corporal (m2): _____, _____

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA