

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 _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

CANCER DE RIÑÓN

Metástasis:

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

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad
 - Resistencia a Citoquinas.
 - Intolerancia a Citoquinas.
 - Progresión lesional bajo tratamiento.
 - Recaída
 - Otra situación
- Especifique

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

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

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma
- Bronquitis crónica
- EPOC
- TBC
- Otros

NEUROLÓGICOS

No Si

- AVE
- Encefalopatía vascular
- Epilepsia
- Síndrome Parkinsoniano
- Demencia
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Obesidad
- Otros

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros
 Nefrectomía

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

Cuales _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- Localizada
 Diseminada Especific. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

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

TRATAMIENTOS PREVIOS

- Cirugía: Nefrectomía Fecha: __/__/____ Interferón
 Exéresis de metástasis Fecha: __/__/____ Interleukina
 Otros

Especifique _____

Solicitud de tratamiento con:

- Sunitinib Sorafenib Pazopanib

Dosis diaria propuesta: _____ mg

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

Consideraciones que juzgue relevantes: