

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para tratamiento de Cáncer de SNC

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 _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

Suspende el tratamiento? No Si Fecha de suspensión: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Indicación médica Abandono Fallecimiento Falta de respuesta
 Otro _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control : ___/___/___

Complicaciones No Si

Del tratamiento Especifique: _____

De la enfermedad Especifique: _____

SEGUIMIENTO Y FINALIZACIÓN (3ro y 6to ciclo de tratamiento)

TAC de cráneo Fecha: ___/___/___

RNM de cráneo Fecha: ___/___/___

Respuesta al tratamiento:

Respuesta Completa Respuesta Parcial Enfermedad estable Progresión lesional

TRATAMIENTO SOLICITADO

Temozolamida N° de ciclo del tratamiento: ___

Ajuste de dosis: No Si Causa: _____

Dosis solicitada: _____ mg/día

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

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: