

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del 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 de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, 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

Glioblastoma multiforme

Gliomas Anaplásicos: Astrocitoma anaplásico
 Oligodendroglioma anaplásico
 Oligoastrocitoma anaplásico

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Post-operatorio Fecha de la cirugía: ___/___/___ Exéresis completa Exéresis parcial

Otra situación Especifique _____

PARACLÍNICA

TAC o RNM de cráneo post-operatoria Fecha: ___/___/___

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

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

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma TBC
 Bronquitis crónica Otros
 EPOC

NEUROLÓGICOS

No Si

- AVE Sind. Parkinsoniano
 Encefalopatía vascular Demencia
 Epilepsia Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía
 Enfermedad diverticular

Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS

No Si

Cual _____

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS

No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

TRATAMIENTO PROPUESTO

- Radioterapia
 Temozolamida

Concurrente Dosis propuesta: ___ ___ ___ mg/día

Post-radioterapia Dosis propuesta: ___ ___ ___ mg/día

Profilaxis de Pneumocistosis: No Si Cual: _____

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

Consideraciones que juzgue relevantes: