

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL de TRATAMIENTO de LEUCEMIAS y GIST

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 SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: No Si Fecha: ___/___/___

Motivo: Finaliza Intolerancia Indicación médica
 Abandono Fallecimiento Otro

Especifique: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de fármaco? No Si

Droga que recibía: Imatinib Dasatinib Nilotinib Sunitinib

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

Motivo de cambio: Toxicidad Intolerancia Falla de tratamiento
Especificar: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control del mes: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento: _____ Efectos adversos: No Si

Cuales: _____

Remisión hematológica: Si No

Hemograma (bimensual):

Glób. Blancos: (n) _____ Basófilos(%) _____ Eosinófilos(%) _____ Blastos(%) _____

Hematocrito: _____, _____ % Hemoglobina _____, _____ gr/dl.

Plaquetas(n): _____

Observaciones: _____

SEGUIMIENTO (para leucemias) No Si

Nº de seguimiento: _____ Fecha del último seguimiento: ___/___/___

