

Formulario de solicitud 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 _____

DIAGNÓSTICO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA
<input type="checkbox"/> Fase crónica.
<input type="checkbox"/> Fase acelerada.
<input type="checkbox"/> Crisis blástica | <input type="checkbox"/> GIST (Enfermedad avanzada)
<input type="checkbox"/> Localizado tratamiento neoadyuvante (hasta resección).
<input type="checkbox"/> Localizado irreseccable y/o metastático. |
| <input type="checkbox"/> GIST (Adyuvancia)
Riesgo por:
<input type="checkbox"/> Tamaño tumoral.
<input type="checkbox"/> Índice mitótico.
<input type="checkbox"/> Ruptura tumoral
<input type="checkbox"/> Otro
Especifique..... | <input type="checkbox"/> LAL Phi +

Fecha del diagnóstico: ___/___/___ |

SITUACIÓN CLÍNICA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Debut de enfermedad | <input type="checkbox"/> Resistencia al Interferón. | <input type="checkbox"/> Intolerancia al Interferón. |
| <input type="checkbox"/> Progresión lesional bajo tratamiento | <input type="checkbox"/> Recaída post-tratamiento | <input type="checkbox"/> Otra situación
Especifique.....
..... |

PARACLÍNICA

Hemograma:

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

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

Plaquetas(n): _____

Mielograma: Porcentaje de Blastos ___ % Porcentaje de Promielocitos ___ %

Cromosoma Philadelphia: Porcentaje de metafases Phi + ___ %

Estudio Molecular: Bcr-Abl Resultado: Negativo Positivo ---> Isoformas: P190

Cuantificación: ___ x 10 --- P210 P240 Otras

cKit y/o CD117 : Positivo Negativo

Estadificación pronóstica al debut: (Sólo para LMC)

- Edad ___ años.
- Diámetro mayor esplénico por ecografía ___ cm.
- Plaquetas _____ mil l.
- Mieloblastos en sangre periférica: ___ %.

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica Claudic. 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

- ACV Síndrome 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 Otros
- Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

Cuales _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

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

