

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Leucemia Aguda Linfoblástica Fecha de diagnóstico : ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Debut de enfermedad Otra situación _____
 Recaída

FACTORES PRONÓSTICOS:

Tipo LAL: LAL B LAL T LAL Bifenotípica

BCR / ABL: Negativo Positivo **Isoforma:** p190 p210 p230

Citogenética: Hiperdiploidía Hipodiploidía
 Cariotipo complejo Otros. Especificar: _____

Molecular: No Si

Resultado:	Positivo	Negativo	No realizado
BCR ABL KMT2A			
ETV6-RUNX1			
IL3-IGH			
TCFR-PBX1			
AMP21			
BCR-ABL like			

ANTECEDENTES PERSONALES No Si

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

- Trastornos hemorragiparos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS No Si

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): _____ (Rango de 0-5)

TRATAMIENTOS PREVIOS No Si

Plan terapéutico	SI	Fecha de último ciclo
BFM		
Pethema		
GRAALL		
Alo-TPH		
Otros. Cuál?		

TRATAMIENTO PROPUESTO

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

Plan de PQT	SI
BFM	
Pethema	
GRAALL	
Otros. Cuál?	

Dosis Total de Peg-Asparginasa propuesta para inducción UI /m2 : _____

Por vía: Intravenosa Intramuscular

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA