

Solicitud de DOSIS POSTERIORES de tratamiento de Leucemia Linfóide Crónica

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 SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha última dosis: ___/___/___
 Dosis _____ mg.

Motivo: Fin de tratamiento Intolerancia Progresión lesional Abandono
 Fallecimiento: Fecha ___/___/___
 Otra: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

Cambio de plan PQT con respecto a la última dosis? NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo de cambio: _____

CAMBIO DE DOSIS: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo de ajuste de dosis: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de administración de última dosis: Fecha: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento: Buena Regular Mala

Efectos adversos: No Si

Especificar: Neutropenia severa Complicación cardiovascular. Cual? _____
 Neutropenia no severa Hipopotasemia
 Plaquetopenia Sangrados. Cual _____
 Anemia Otros. Cual _____
 Síndrome de lisis tumoral
 Náuseas y /o vómitos
 Infección.
Requirió internación y/o antimicrobianos intravenosos: No Si
 Reacción infusional
 Reacción cutánea

RESPUESTA AL TRATAMIENTO POST TERCERA SERIE

Respuesta completa Remisión parcial Enfermedad estable Enfermedad progresiva Recaída

TRATAMIENTO ASOCIADO PROPUESTO

SI	Droga	Dosis total de serie
	Ciclofosfamida	
	Fludarabina	
	Doxorrubicina	
	Vincristina	
	Prednisona	
	Mitoxantrona	
	Otro: cual _____	

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): ____ Talla (cm): ____ Superficie corporal (m2): __, ____

Rituximab Dosis (500 mg/m2): ____ mg.

Bendamustina Dosis (60-100 mg/m2): ____ mg

Ibrutinib Dosis: ____ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: