

## Formulario de Solicitud de INICIO de tratamiento LEUCEMIA LINFOIDE 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:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **DIAGNÓSTICO**

Leucemia Linfoide Crónica

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **SITUACIÓN CLÍNICA**

- Debut de enfermedad
- Recaída
- Progresión lesional bajo tratamiento
- Otra situación

### **Indicación de tratamiento (señale causa):**

- Compromiso medular progresivo, con desarrollo de anemia y/o trombocitopenia.
- Esplenomegalia o linfadenopatía de crecimiento masivo, progresivo o sintomático.
- Linfocitosis progresiva con aumento mayor del 50 % en 2 meses.\*
- Fenómenos autoinmunes: anemia o trombocitopenia con mala respuesta a tratamientos con corticoides u otra terapia estándar.
- Presencia de síntomas constitucionales.

\* La linfocitosis absoluta no debe utilizarse como único indicador de tratamiento.

### **Pronóstico:**

Rai:  0     I     II     III     IV

Binet:  A             B             C

Duplicación linfocitaria:  Mayor de 12 meses     Menos de 12 meses

LDH:  Normal                     Elevada

Beta2 – microglobulina:  Normal                     Elevada

**Citogenético y FISH:**  Normal  
 del (13q)  Cariotipo complejo  del (17p)  del(11q)  Otros

**Expresión de CD 38:**  Baja  Alta

**Genes de IgVH:**  Mutado  No mutado

## **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  Otros  
 Enfermedad diverticular

### **HEMATOLÓGICOS** No Si

- Trastornos hemorrágicos  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 0-4)

**CIRS >= 65 años:** \_\_\_\_ (Rango de 0 a 56)

**TRATAMIENTOS PREVIOS**

SI	Plan terapéutico	Fecha de último ciclo	Número de ciclos
	Clorambucil		
	CVP		
	CHOP		
	Fludarabina - Ciclofosfamida		
	Fludarabina – Ciclofosfamida - Mitoxantrona		
	Fludarabina		
	Bendamustina		
	Dexametasona		
	Metilprednisolona		
	Prednisona		
	TPH autólogo		
	TPH alogénico		

Otros: (especifique) \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO ASOCIADO PROPUESTO**

SI	Plan de PQT	Dosis total de serie
	Ciclofosfamida	
	Fludarabina	
	Doxorrubicina	
	Vincristina	
	Prednisona	
	Bendamustina	
	Mitoxantrona	
	Otro: cual _____	

**TRATAMIENTO PROPUESTO:**

Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_ Superficie corporal (m2): \_\_, \_\_ \_\_

Rituximab Dosis (375 mg/m2): \_\_\_\_\_ mg.

Bendamustina Dosis (60-100 mg/m2): \_\_\_\_\_mg

Ibrutinib Dosis: \_\_\_\_\_ mg

**Consideraciones que juzgue relevantes:**