

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento de LINFOMAS NO HODGKIN

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Fin de tratamiento Intolerancia Progresión lesional Abandono

Fallecimiento Otra. Cual _____

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
- Neutropenia no severa
- Plaquetopenia
- Anemia
- Náuseas y /o vómitos
- Reacción infusional
- Reacción cutánea
- Complicación cardiovascular.Cuál? _____
- Sangrados. Cual _____
- Infección. Cual _____

Requirió internación y/o antimicrobianos intravenosos: No Si

Otros. Cual _____

RESPUESTA AL TRATAMIENTO POST TERCERA SERIE (Rituximab y/o Bendamustina)

Respuesta completa Remisión parcial Enfermedad estable Enfermedad progresiva

RESPUESTA AL TRATAMIENTO (Ibrutinib)

Respuesta completa Remisión parcial Enfermedad estable Enfermedad progresiva

TRATAMIENTO ASOCIADO PROPUESTO

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ciclofosfamida | <input type="checkbox"/> Etopósido | <input type="checkbox"/> Prednisona |
| <input type="checkbox"/> Platinos | <input type="checkbox"/> Fludarabina | <input type="checkbox"/> Vincristina |
| <input type="checkbox"/> Citarabina | <input type="checkbox"/> Ifosfamida | <input type="checkbox"/> Bendamustina |
| <input type="checkbox"/> Clorambucil | <input type="checkbox"/> Metotrexate | <input type="checkbox"/> Thiotepa |
| <input type="checkbox"/> Doxorubicina | <input type="checkbox"/> Mitoxantrona | <input type="checkbox"/> Obinutuzumab |
| <input type="checkbox"/> Dexametasona | <input type="checkbox"/> Metilprenisolona | <input type="checkbox"/> Polatuzumab |

TRATAMIENTO PROPUESTO:

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

- Rituximab** Dosis (375 mg/m²): ___ ___
- Bendamustina** Dosis (60-100 mg/m²): ___ ___
- Ibrutinib** Dosis: ___ ___ mg

CONSIDERACIONES QUE JUZQUE RELEVANTES: