

## 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**

Respuesta completa     Remisión parcial     Enfermedad estable     Enfermedad progresiva     Recaída

**TRATAMIENTO ASOCIADO PROPUESTO**

| SI | Droga            | Dosis total de serie |
|----|------------------|----------------------|
|    | Bleomicina       |                      |
|    | Ciclofosfamida   |                      |
|    | Cisplatino       |                      |
|    | Citarabina       |                      |
|    | Clorambucil      |                      |
|    | Doxorrubicina    |                      |
|    | Dexametasona     |                      |
|    | Etopósido        |                      |
|    | Fludarabina      |                      |
|    | Ifosfamida       |                      |
|    | Metotrexato      |                      |
|    | Mitoxantrone     |                      |
|    | Metilprenisolona |                      |
|    | Prednisona       |                      |
|    | Vinblastina      |                      |
|    | Vincristina      |                      |

**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:**