

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO De Linfomas no Hodgkin (Inducción o Mantenimiento)

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

- Linfoma difuso a grandes células B
- Linfoma folicular Grado III
- Linfoma folicular Grado I y II
- Linfoma del Manto

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad
- Recaída
- Remisión parcial
- Resistencia a tratamiento previo
- Progresión lesional bajo tratamiento
- Otra situación
- Remisión completa

ESTADIFICACIÓN

Estadificación de Ann Arbor

- I A II A III A IV A
- I B II B III B IV B

Bulky (> 10 cm.): Si No

Estadificación pronóstica:

IPI (Linfomas agresivos)

- Edad mayor de 60 años
- LDH elevada
- Compromiso extranodal: 2 o más sitios
- Performance status \geq 2
- Estadío III o IV

Score: _____

- Riesgo: Bajo (0 – 1)
 Intermedio bajo (2)
 Intermedio alto (3)
 Alto (4 – 5)

FLIPI (Linfomas foliculares I y II)

- Edad mayor de 60 años
- LDH elevada
- Hemoglobina < 12 gr/dl
- Mas de 5 sitios ganglionares
- Estadío III o IV

Score: _____

- Riesgo: Bueno (0 – 1)
 Intermedio (2)
 Alto (3 – 4 – 5)

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): I II III IV

TRATAMIENTOS PREVIOS

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLORAMBUCIL | <input type="checkbox"/> Bendamustina | <input type="checkbox"/> TPH autólogo | <input type="checkbox"/> CEOP |
| <input type="checkbox"/> CVP | <input type="checkbox"/> MINE | <input type="checkbox"/> TPH alogénico | <input type="checkbox"/> FCM |
| <input type="checkbox"/> CHOP | <input type="checkbox"/> ESHAP | <input type="checkbox"/> HIPERCVAD | <input type="checkbox"/> Rituximab |
| <input type="checkbox"/> CHOP-E | <input type="checkbox"/> DHAP | <input type="checkbox"/> Otros | |
| <input type="checkbox"/> CAPVE | | Droga _____ | |

Dosis _____ mg

TRATAMIENTO PROPUESTO

Inducción de remisión

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	

Mantenimiento

- Diagnóstico: Linfoma folicular grado I
 Linfoma folicular grado II
 Linfoma folicular grado IIIa

DOSIS PROPUESTA:

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

Dosis propuesta de Rituximab:

Protocolo intravenoso:

Dosis: ___ ___ mg intravenoso

Dosis propuesta de Bendamustina (60-100 mg/m2): ___ ___ mg

Dosis propuesta de Ibrutinib: ___ ___ mg

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

