

Solicitud de Mantenimiento de tratamiento de Linfomas foliculares

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

C.I.: _____ - ___ N° de CP _____ Nombre _____

Firma _____

Seguimiento:

Suspende tratamiento: No Si Fecha: ___/___/___

Causa:

- Finaliza Mantenimiento Progresión lesional Abandono
 Indicación Médica Fallecimiento

Evaluación imagenológica semestral de respuesta: No Si

- Remisión completa Remisión parcial Enfermedad estable
 Progresión lesional Otra. Especifique _____

(Aportar imagenología)

Tratamiento Solicitado:

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

Rituximab Dosis _____ mg

Número de ciclo de mantenimiento:

2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---

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

Consideraciones que juzgue relevantes: