

Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para el Tratamiento de MELANOMA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

N° de caja profesional: _____ Nombre _____ Firma _____

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

Motivo: Intolerancia Progresión lesional Abandono Fallecimiento
 Otro. Cual _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de último control del mes: ___/___/___

Complicaciones del tratamiento? No SI Cuál? _____

Complicaciones de la enfermedad? No SI Cuál? _____

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Respuesta al tratamiento según criterios RECIST:

Respuesta completa Respuesta parcial Enfermedad estable Progresión lesional

Comentarios _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

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

Vemurafenib Dosis diaria (mg): _____

Cobimetinib Dosis diaria (mg): _____

Pembrolizumab Dosis cada 3 semanas (mg): _____ (2 mg/Kg i.v. cada 3 semanas, dosis máxima 200 mg).

Consideraciones que juzgue relevantes: