# 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/Efectos adversos ☐ Progresión lesional ☐ Abandono
☐ Fallecimiento ☐ Finaliza tratamiento ☐ Otro. Cual_____

## CAMBIO DE DOSIS:

Cambio de dosis solicitada respecto a ultima DPP ☐ NO ☐ SI
Motivo de ajuste de dosis: ☐ Cambio de peso
☐ Intolerancia o efecto adverso

## INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de último control del mes: ____/____/_____

¿Complicaciones del tratamiento? ☐ No ☐ SI ¿Cuál? _____

Efectos adversos del tratamiento: ☐ No ☐ SI
¿Cual/es?

☐ Respiratorios. ¿Cuál?_____
☐ Cardiovasculares. ¿Cuál?_____
☐ Digestivos. ¿Cuál?_____
☐ Cutáneos. ¿Cuál?_____
☐ Infecciones. ¿Cuál?_____
☐ Endócrinos. ¿Cuál?_____
☐ Hematológico. ¿Cuál?_____
☐ Nefro-urológico. ¿Cuál?_____
☐ Neurológicos. ¿Cuál?_____
☐ Síntomas sistémicos. ¿Cuál?_____
☐ Otros. ¿Cuál?_____

Complicaciones de la enfermedad? ☐ No ☐ SI ¿Cuál?_____

## SEGUIMIENTO TRIMESTRAL (Corresponde para diagnóstico de: Melanoma avanzado)

**Respuesta al tratamiento según criterios RECIST:**

☐ Respuesta completa ☐ Respuesta parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión lesional

Comentarios_____

INGRESO POR SISTEMA

## TRATAMIENTO SOLICITADO

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

☐ Vemurafenib Dosis diaria (mg): __ __ __ __

☐ Cobimetinib Dosis diaria (mg): __ __ __ __

☐ Pembrolizumab Dosis cada 3 semanas (mg): __ __ __

☐ Nivolumab-Ipilimumab (**Fase de mantenimiento**) → Nivolumab Dosis cada 2 semanas (mg): __ __ __ __

## Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA