

Formulario de solicitud de tratamiento de Melanoma

Fecha de solicitud:

Nombre del paciente: _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional: _____ Nombre: _____ Firma: _____

DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico de melanoma: __/__/____

Melanoma cutáneo reseado completamente (Adyuvancia)

Estadío: IIIA IIIB IIIC

Melanoma avanzado (irreseable o metastásico)

Localización: Cutáneo
 Mucoso
 Uveal

Estadío: IIIC Irreseable IIID IV M1a IV M1b IV M1c IV M1d

Metástasis: Fecha del diagnóstico: __/__/____

Ganglionares Pulmonares
 Óseas Hepáticas
 SNC controladas SNC no controladas
 Otras Especificar: _____

LDH al diagnóstico: normal elevada

SITUACIÓN CLÍNICA

- Recaída locorregional irreseable
 Recaída a distancia
 Debut de enfermedad metastásica
 Debut Loco-regionalmente avanzado irreseable
 Melanoma cutáneo reseado completamente (Adyuvancia)
 Otra situación. Especificar: _____

CAPACIDAD FUNCIONAL: ECOG (0 a 4): ____

STATUS MUTACIONAL:

1. Mutación de V600 de BRAF: Mutado
 No mutado

2. Expresión de PDL1 testeado : No Si Resultado: ____ %

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si
 Cardiopatía isquémica Otros
 HTA
 Insuficiencia cardíaca FEVI: ____ %

RESPIRATORIOS

No Si
 EPOC Otros
 TBC

NEUROLÓGICOS

No Si
 ACV Otros
 Demencia

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si
 Diabetes Hipertiroidismo
 Hipotiroidismo Otros

NEFRO UROLÓGICOS

No Si
 Insuficiencia renal Otros
 Diálisis

DIGESTIVOS

No Si
 Hepatopatía Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si
Cuales _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

No Si
 Localizada
 Diseminada Especif. _____

ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA

No Si
Especificar _____
Tto con corticoides o inmunosupresores No Si
Cuales? _____

OTROS

No Si
 HIV Alcoholismo
 VHB Tabaquismo actual
 VHC Tabaquismo previo
 Otros

TRATAMIENTOS PREVIOS

Cirugía Fecha: __/__/____
 Exéresis de metástasis Fecha: __/__/____
 Otros

Especifique: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

I- Adyuvancia

- Pembrolizumab

Dosis cada 3 semanas (mg): _____

II- Avanzado (irresecable o metastásico)

- Vemurafenib

Dosis diaria (mg): _____

- Cobimetinib

Dosis diaria (mg): _____ Cada: _____ días

- Pembrolizumab

Dosis cada 3 semanas (mg): _____

- Nivolumab-Ipilimumab

Fase inicial (primeros 4 ciclos): Nivolumab Dosis (mg): _____ cada 3 semanas

Ipilimumab Dosis (mg): _____ cada 3 semanas

Fase de mantenimiento: Nivolumab Dosis (mg): _____ cada 2 semanas

Peso (Kg): _____

Talla (cm): _____

Superficie corporal (m²): _____, _____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES