

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

Melanoma cutáneo avanzado Fecha del diagnóstico: __/__/____

Metástasis: Fecha del diagnóstico: __/__/____

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

Estadio: IIIC Irresecable IV M1a IV M1b IV M1c IV M1d

LDH al diagnóstico: normal elevada

SITUACIÓN CLÍNICA

- Recaída locorregional irresecable
 Recaída a distancia
 Debut de enfermedad metastásica
 Debut Loco-regionalmente avanzado irresecable
 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: 0
 1 – 19
 20 – 49
 ≥ 50

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica
- Cardiopatía valvular
- Arritmias
- HTA
- Insuficiencia cardíaca
- Clase funcional NYHA: I II III IV
- Claudic. intermitente
- Insuf. venosa crónica
- TVP
- Otros

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma
- Bronquitis crónica
- EPOC
- TBC
- Otros

NEUROLÓGICOS

No Si

- ACV
- Encefalopatía vascular
- Epilepsia
- Síndrome Parkinsoniano
- Demencia
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Obesidad
- Otros

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Nefrectomía
- Infección urinaria
- Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía
- Enfermedad diverticular
- Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si

Cuales _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

No Si

- Localizada
- Diseminada Especif. _____

OTROS

No Si

- HIV
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Otros

TRATAMIENTOS PREVIOS

- Cirugía Fecha: ___/___/___
- Exéresis de metástasis Fecha: ___/___/___
- Otros

Especifique: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

- Vemurafenib
Dosis diaria (mg): _____

- Cobimetinib
Dosis diaria (mg): _____ Cada: ___ días

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

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

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES