Formulario de solicitud de DOSIS posterior para tratamiento de Mieloma Múltiple

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I._____

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

MEDICO HEMATOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____ Nombre _____Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: ☐ NO ☐ SI Fecha: __/__/____

Motivo: ☐ Intolerancia ☐ Progresión lesional ☐ Indicación médica ☐ Abandono ☐ Fallecimiento
☐ Finaliza tratamiento ☐ Otra: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: __/__/____ Fecha de último control: ___/___/_____

Bortezomib: N° de dosis administradas: __ Cantidad (mg): __ , __ __ mg.

Lenalidomida: N° de dosis administradas: __ Cantidad (mg): __ , __ __ mg.

Daratumumab: Vía de administración: ☐ Subcutáneo ☐ Intravenoso

N° de dosis administradas: __ Cantidad (mg): __ __ __ __ mg.

Tolerancia al tratamiento: Efectos adversos: ☐ No ☐ Si
☐ Relacionados con la infusión. Cuales _____
☐ Polineuropatía. Grado: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Gastrointestinales. Cual_____
☐ Trombocitopenia.
☐ Neutropenia.
☐ Broncoespasmo.
☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Respuesta al tratamiento (En inducción de remisión obligatoria post 3er ciclo y final de tratamiento, en mantenimiento trimestral)

☐ Respuesta completa estricta
☐ Respuesta completa
☐ Muy buena respuesta parcial
☐ Respuesta parcial
☐ Enfermedad estable
☐ Enfermedad progresiva
☐ Recaída

Factores pronósticos (pendientes de envío al inicio en pacientes urgentes)

Citogenética de mal pronóstico: del 13 o hipoploidía ☐ Si ☐ No

FISH positivo: ☐ No ☐ Si Para: t(4;14). ☐ Si ☐ No
t(14;16). ☐ Si ☐ No
del 17p13. ☐ Si ☐ No
Alteraciones del cromosoma 1 ☐ Si ☐ No

INGRESO POR SISTEMA

Albuminemia: __ , __ __ gr/dl Beta2 microglobulina __ , __ __ mg/l LDH: ☐ Elevada ☐ Normal

Células plasmáticas circulantes: ☐ No ☐ Si __ __ % (lámina periférica por punción digital)

R - ISS: ☐ I ☐ II ☐ III

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

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

Ajuste de dosis: ☐ No ☐ Si Motivo: _____

Bortezomib Nº de ciclo: __ Cantidad para cada serie del ciclo: __, __ __ mg.

Lenalidomida Nº de ciclo: __ Cantidad diaria: __ __ mg. Duración: ☐ 14 días ☐ 21 días

Daratumumab Nº de ciclo: __ Vía de administración: ☐ Subcutáneo

Cambia vía de administración respecto a última solicitud? ☐ Si ☐ No

Dosis para c/administración del ciclo: __ __ __ __mg

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA