

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 _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas.
El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

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: Nº de dosis administradas: ___ Cantidad (mg): __, __ mg.

Lenalidomida: Nº de dosis administradas: ___ Cantidad (mg): __, __ mg.

Daratumumab Nº 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 Muy buena respuesta parcial Enfermedad estable
 Respuesta completa Respuesta parcial Enfermedad progresiva
 Recaída

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

Citogenética de mal pronóstico: del 13 o hipoloidía 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

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 N° de ciclo: __ Cantidad para cada serie del ciclo: __, __ __ mg.

Lenalidomida N° de ciclo: __ Cantidad diaria: __ __ mg. Duración: 14 días 21 días

Daratumumab N° de ciclo: __ Cantidad para cada serie del ciclo: __ __ __ __ mg.

Consideraciones que juzgue relevantes: