

Formulario de solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para tratamiento del SÍNDROME MIELODISPLÁSICO y LAM

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Indicación médica Abandono TPH Progresión lesional
 Fallecimiento Otra. Cual _____

CAMBIO DE DOSIS: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo de modificación: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Dependencia transfusional: Si No

Hemograma: Hb: ____, ____ g/dl. Neutrófilos (n): _____ Plaquetas (n): _____

Efectos adversos: No Si

- Anemia
- Plaquetopenia
- Neutropenia
- Reacción en sitio de inyección
- Digestivos (vómitos /diarrea)
- Sangrados. Especifique _____
- Infección. Especifique _____

Requirió internación y/o antimicrobianos intravenosos: No Si

Otro. Especifique cual _____

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Respuesta completa Remisión parcial Enfermedad estable Enfermedad progresiva
 Recaída Transformación en LAM

TRATAMIENTO SOLICITADO:

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

Dosis diaria propuesta de 5 -Azacitidina: ___ ___ mg

Administración por: 5 días 7 días

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA