

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO del SÍNDROME MIELODISPLÁSICO y LAM

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO HEMATÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico: ____/____/____

- ☐ Síndrome mielodisplásico
☐ Leucemia aguda mieloblástica

SITUACIÓN CLÍNICA

- Síndromes mielodisplásicos de riesgo intermedio ☐ No ☒ Si
- Síndromes mielodisplásicos de alto riesgo ☐ No ☐ Si
- Leucemia mielomonocítica crónica con el 10 al 29% de blastos medulares sin trastorno mieloproliferativo ☐ No ☐ Si
- Leucemia aguda mieloblástica ☐ No ☐ Si
- Tratamiento como puente para llegar a un alo – TPH (en caso de SMD) ☐ No ☐ Si

ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA

Índice pronóstico internacional (IPSS):

Porcentaje de blastos en MO:	☐ < 5 % ☐ 5 - 10 % ☐ 11 - 20 % ☐ 21 - 30 %
Cariotipo:	☐ Bueno ☐ Intermedio ☐ Malo
Número de Citopenias :	☐ 0-1 ☐ 2-3
PUNTAJE TOTAL:	____ , ____

Dependencia transfusional (al menos 1 transfusión cada 8 semanas en un periodo de 4 meses):

- ☐ Si ☐ No

Bioquímica pronóstica (de los últimos tres meses):

Hb: _____ g/dl. Neutrófilos (n): _____ Plaquetas (n): _____
Ferritina: _____ ng/ml LDH: _____ U/l

Mielofibrosis moderada o grave: ☐ Si ☐ No

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES: ☐ No ☐ Si

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

RESPIRATORIOS: ☐ No ☐ Si

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ Asma | ☐ TBC |
| ☐ Bronquitis crónica | ☐ Otros |
| ☐ EPOC | |

DIGESTIVOS: ☐ No ☐ Si

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Hepatopatía | ☐ Enf. diverticular |
| ☐ Otros | |

ENDÓCRINOS METABOLICOS: ☐ No ☐ Si

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Obesidad |
| ☐ Hipotiroidismo | ☐ Otros |
| ☐ Hipertiroidismo | |

NEUROLÓGICOS: ☐ No ☐ Si

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

NEFRO UROLOGICOS: ☐ No ☐ Si

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

HEMATOLÓGICOS: ☐ No ☐ Si

Cuales: _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: ☐ No ☐ Si

- | |
|--|
| ☐ Localizada |
| ☐ Diseminada Especif. _____ |

OTROS : ☐ No ☐ Si

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ HIV | ☐ Tabaquismo |
| ☐ Alcoholismo | ☐ Otros |

DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

CIRS: ____ (rango 0-56)

Performance Status según ECOG: ____ (rango de 0 -4)

TRATAMIENTOS PREVIOS

Eritropoyetina: ☐ Si ☐ No Dosis: ____ U/ semanal Fecha de ultima dosis recibida: ____ / ____ / ____

CFS-G: ☐ Si ☐ No Dosis: ____ mcg/día durante ____ días Fecha de ultima dosis recibida: ____ / ____ / ____

Quelantes de hierro: ☐ Si ☐ No Dosis ____ mg/día Fecha de ultima dosis recibida: ____ / ____ / ____

Otros tratamientos: ☐ Si ☐ No Cuales _____

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: