

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de TRICOLEUCEMIA Con Cladribine (2- CDA)

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 de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, 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 _____

DIAGNÓSTICO

Tricoleucemia

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Debut de enfermedad.

Recaída.

Enfermedad refractaria o progresión lesional.

Otra. Especifique _____

FACTORES PRONÓSTICOS

Citopenias

No Si:

Anemia

Leucopenia

Plaquetopenia

Esplenomegalia

No Si

Síntomas constitucionales

No Si

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

Cardiopatía isquémica

Claud. 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

NEUROLÓGICOS

No Si

AVE

Sind. Parkinsoniano

Encefalopatía vascular

Demencia

Polineuropatía

Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

Diabetes

Obesidad

Hipotiroidismo

Otros

Hipertiroidismo

NEFRO UROLÓGICOS No Si

Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

Hepatopatía Otros
 Enfermedad diverticular

HEMATOLÓGICOS No Si

Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

- I- Actividad irrestricta II- Actividad normal con limitaciones
 III- Actividad muy limitada IV- Incapacidad de cuidarse

TRATAMIENTOS PREVIOS

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha 1º ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
Interferón				
2 - CDA				
Otros:				

TRATAMIENTO PROPUESTO

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

Cladribine (2 – CDA): Dosis propuesta __ __, __ __ mg por __ días

Consideraciones que juzgue relevantes: