

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO del Mieloma Múltiple (Inducción de remisión o mantenimiento)

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

Mieloma Múltiple Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Tipo: IgG IgA Cadenas livianas Kappa Cadenas livianas Lambda

No secretor Otro. Especifique: _____

SITUACIÓN CLÍNICA

Debut de enfermedad. Muy buena remisión parcial.
 Enfermedad refractaria o progresión lesional. Remisión parcial
 Recaída. Enfermedad estable.
 Remisión completa estricta. Otra. Especifique _____
 Remisión completa.

FACTORES PRONÓSTICOS

Estadificación Durie – Salmon: I II III A B

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

Insuficiencia renal con creatinina mayor a 2 mg/dl: Si No

Creatinina (mg/dl): _____, _____ Filtrado Glomerular (CKD-EPI): _____, _____

Albuminemia: _____, _____ gr/dl Beta2 microglobulina _____, _____ mg/l

LDH: Elevada Normal

Valoración ósea: Normal Patológica _____

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

R - ISS: I II III

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

Performance status (ECOG): 0 1 2 3 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Tratamiento	SI	Nº de ciclos	Fecha 1º ciclo o dosis	Fecha último ciclo o dosis
Ninguno				
Talidomida				
Dexametasona				
Melfalán				
Prednisona				
Adriamicina				
Adriamicina liposomal				
Ciclofosfamida				
TPH				
VAD				
Lenalidomida				
Bortezomib				
Daratumumab				
Otros:				

TRATAMIENTO PROPUESTO

Mantenimiento

Inducción de remisión:

Tratamiento	SI	Dosis propuesta
Dexametasona		
Melfalán		
Ciclofosfamida		
Prednisona		
Adriamicina		
Adriamicina liposomal		
Otros		

DOSIS PROPUESTA

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

Bortezomib para 1º ciclo

Dosis propuesta para c/dosis del ciclo: ___, ___ mg

Lenalidomida para 1º ciclo

Dosis propuesta para cada día: ___ mg Duración: 14 días 21 días

Daratumumab para 1º ciclo

Dosis propuesta para c/dosis del ciclo: ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: