

Formulario de solicitud de inicio de TRATAMIENTO del Cáncer de Cabeza y Cuello recurrente o metastásico

Fecha de solicitud : ___/___/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello Fecha del diagnóstico: ___/___/____

Sector comprometido:

- Cavidad oral
- Faringe:
 - Orofaringe
 - Hipofaringe
- Laringe
- Cavidad nasal y senos paranasales
- Glándulas salivales mayores

Estadificación T.N.M.: I II A II B III A III B IV

SITUACIÓN CLÍNICA

- Recurrente no tratable con terapia local
- Metastásico

METASTASIS:

- Ganglionares
- Pulmonares
- Pleural
- Hepáticas
- Oseas
- SNC No controladas
- Controladas: Resecadas
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Otro. Cual _____
- Otras localizaciones metastásicas. Especifique _____

STATUS MUTACIONAL

EXPRESIÓN DE PDL1 \geq 1% : ___ ___ %

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardíaca
 Arritmias Otros
 HTA

RESPIRATORIOS No Si

- EPOC Otros
 TBC

NEUROLÓGICOS No Si

- ACV Otros
 Demencia

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes Hipertiroidismo
 Hipotiroidismo Otros

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Otros
 Diálisis

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Otros

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA No Si

Especificar _____
 Tto con corticoides o inmunosupresores No Si
 Cuales? _____

OTROS No Si

- HIV Tabaquismo actual
 VHB Tabaquismo previo
 VHC Otros
 Alcoholismo

Recibió vacuna HPV No Si

Detección de HPV No Si

HPV16 positivo Si No

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): 0 1 2 3 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Tratamiento sistémico: No Si

Especifique cual/cuales y fecha de la última dosis _____

Radioterapia: No Si

Sobre tumor primario Fecha de finalización ___/___/___

Sobre Metástasis. Cual _____ Fecha de finalización ___/___/___

Cirugía: No Si

Tumor primario

Fecha ___/___/___

Exéresis de metástasis. Cual _____

Fecha ___/___/___

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): ___ ___ ___ Talla (cm): ___ ___ ___

Asocia Quimioterapia basada en Platinos: Si No

Pembrolizumab Dosis: ___ ___ ___ mg

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA