

**Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES
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 _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: ☐ NO ☐ SI Fecha: ____/____/____

Motivo: ☐ Intolerancia ☐ Progresión lesional ☐ Abandono ☐ Fallecimiento

☐ Otro motivo. Cual _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control: ____/____/____

Complicaciones:

☐ Por el tratamiento. ☐ NO ☐ SI

¿Cuál/es efectos adversos?

☐ Digestivos

☐ Cutáneos

☐ Hematológicos. ¿Cuál? _____

☐ Reacción infusional

☐ Cefalea

☐ Cardiovasculares. ¿Cuál? _____

☐ Reacciones inmunomediadas. ¿Cuál? _____

☐ Otros. ¿Cuál? _____

☐ Por su enfermedad. Especifique _____

SEGUIMIENTO ☐ NO ☐ SI

En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica que corresponda:

☐ Respuesta Completa ☐ Respuesta Parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión lesional

Comentarios que juzgue relevantes:

TRATAMIENTO PROPUESTO

☐ Pembrolizumab Dosis: ____ ____ ____ mg

CONSIDERACIONES QUE JUZQUE RELEVANTES: