

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino Avanzado

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 DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia/Efectos adversos Progresión lesional Abandono Fallecimiento
 Otro motivo. Cual _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control: ___/___/___

EFFECTOS ADVERSOS: NO SI

- Relacionados con la infusión. Especifique _____
- Reacciones cutáneas (rush, prurito)
- Alopecia
- Fatiga
- Síntomas digestivos. Especifique _____
- Elevación de ALT (Alanina Amino Transferasa)
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Alteraciones hematológicas. Especifique _____
- Neumonitis
- Otros. Especifique _____

SEGUIMIENTO NO SI

Adjuntar informe médico de la evolución clínica de la paciente en cada solicitud. Adjuntar imagenología si corresponde.

Respuesta al tratamiento de acuerdo a criterios RECIST 1.1:

Respuesta Completa Respuesta Parcial Enfermedad estable Progresión lesional

Comentarios que juzgue relevantes:

TRATAMIENTO SOLICITADO

Pembrolizumab Dosis: ___ ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: