

Formulario de solicitud de inicio 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 _____

DIAGNÓSTICO

Cáncer de cuello uterino (CCU) Fecha del diagnóstico inicial de CCU: ___/___/_____

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Cáncer de cuello uterino (CCU)

- Persistente
- Recurrente
- Metastásico

Fecha del diagnóstico de la situación clínica actual: ___/___/_____

METÁSTASIS:

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

ESTADIFICACIÓN FIGO 2018

I- El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino

- IA1 IA2 IB1 IB2 IB3

II- El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica

- IIA1 IIA2 IIB



III- El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos

IIIA IIIB IIIC1 IIIC2

IV- El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga y/o el recto (por biopsia)

IVA IVB

STATUS MUTACIONAL

EXPRESIÓN DE PDL1 \geq 1% : _____ %

STATUS PARA HPV No Si

IHQ p16: Positivo
 Negativo
 No realizado

Hibridación *in situ* o PCR HPV16: Positivo
 Negativo
 No realizado

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

Cardiopatía isquémica Otros
 HTA
 Insuficiencia cardíaca FEVI _____ %

RESPIRATORIOS No Si

Asma TBC
 EPOC Otros

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
Fecha vacunación: ____/____/____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): 0 1 2 3 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Cirugía: No Si Fecha de realización ___/___/___

Radioterapia: No Si Fecha de finalización ___/___/___

Quimioterapia: No Si Fecha de finalización ___/___/___

TRATAMIENTO PROPUESTO

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

Pembrolizumab Dosis: ___ ___ ___ mg

Quimioterapia asociada:

- Platino
- Taxano
- Otros. Especifique _____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA