

## Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento del Cáncer de Ovario 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 \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE DOSIS:**       NO       SI      Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:  Intolerancia/Efectos adversos  
 Otro motivo. Cual \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**EFFECTOS ADVERSOS:**       NO       SI

- Neumonitis
- Diarrea
- Vómitos
- Aumento de transaminasas
- Rush cutáneo
- Anemia
- Plaquetopenia
- Neutropenia
- SMD/LAM
- Otros    Cuál? \_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO**       NO       SI

Adjuntar informe médico de la evolución clínica de la paciente, imagenología y marcador tumoral con cada solicitud

Imagenología:       NO       SI      Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CA 125:       NO       SI      Fecha de realización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Respuesta al tratamiento de acuerdo a criterios RECIST 1.1:

Respuesta Completa       Respuesta Parcial       Enfermedad estable       Progresión lesional

**TRATAMIENTO SOLICITADO**

**Olaparib**      Dosis: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg/día

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA