

Formulario de solicitud de INICIO 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 _____

DIAGNÓSTICO

Cáncer de Ovario epitelial Fecha del diagnóstico inicial: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Cáncer de Ovario epitelial

- Avanzado de reciente diagnóstico sensible a platinos
 Avanzado en recaída sensible a platinos

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

METASTASIS:

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

ESTADIFICACION FIGO:

- I- Tumor limitado a los ovarios o trompas: IA IB IC
- II- Tumor que compromete uno o ambos ovarios o una o ambas trompas con diseminación pélvica o cáncer primario del peritoneo: IIA IIB
- III- Diseminación citológica o histológica confirmada al peritoneo fuera de la pelvis y/o metástasis en ganglios retroperitoneales: IIIA1 IIIA2 IIIB IIIC
- IV- Metástasis a distancia excluyendo metástasis peritoneal: IVA IVB

STATUS MUTACIONAL

BRCA 1: No Si

BRCA 2: No Si

MARCADOR TUMORAL

CA 125 _____, U/ml Fecha de realización ____/____/____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- TVP-TEP
- HTA
- Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV
- Otros

RESPIRATORIOS No Si

- Asma
- TBC
- EPOC
- Otros

NEUROLÓGICOS No Si

- ACV
- Epilepsia
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Otros

NEFRO UROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Otros

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía
- Otros

HEMATOLÓGICOS No Si

- SMD/LAM
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia
- Otros

ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA No Si

Especificar _____

OTRAS NEOPLASIAS No Si

Cual _____

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

- HIV
- VHB
- VHC
- Alcoholismo
- Tabaquismo actual
- Tabaquismo previo
- Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): 0 1 2 3 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

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

Volumen tumoral Residual: < 1cm > 1 cm

Quimioterapia basada en platinos: No Si

Situación: Reciente diagnóstico N.º de ciclos recibidos _ _

Enfermedad recurrente sensible a platinos

Líneas de quimioterapia basadas en platinos recibidas:

Línea de QT basada en platino	Número de ciclos recibidos	Fecha de último ciclo
1era línea		
2da línea		
3ra línea		
4ta línea		

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): ___ ___ Talla (cm) ___ ___ IMC (Kg/m2) ___

Dosis Olaparib: ___ ___ mg/día

Tratamiento asociado Si No Cuál? _____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: