FONDO NACIONAL DE RECURSOS
Medicina Altamente Especializada

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento de LINFOMA DE HODGKIN

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ **C.I.**_____

Edad: _____ años **Sexo**: □ Femenino □ Masculino **Institución de origen** _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____Nombre _____Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: □ NO □ SI Fecha: ___/___/_____

Motivo: □ Fin de tratamiento □ Intolerancia/Efectos adversos □ Progresión lesional □ Abandono

□ Fallecimiento □ Otra. Cual_____

CAMBIO DE DOSIS: □ NO □ SI Fecha: __/__/___

Motivo de ajuste de dosis: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de administración de última dosis: Fecha: __/___/_____

EFECTOS 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 del paciente en cada solicitud y paraclínica correspondiente.

□ Respuesta completa □ Remisión parcial □ Enfermedad estable □ Enfermedad progresiva □ Recaída

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): __ __ __

□ **Pembrolizumab** Dosis: __ __ __ mg intravenoso cada 3 semanas

CONSIDERACIONES QUE JUZQUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA