

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento de LINFOMAS 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: ____/____/____

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 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: