

**Formulario de solicitud de TRATAMIENTO
De Linfomas de Hodgkin
(Inducción)**

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino Institución de origen _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

- ☐ Esclerosis nodular
☐ LH de celularidad mixta
☐ LH rico en linfocitos
☐ LH con depleción linfocitaria

Fecha del diagnóstico del debut: ____/____/____

SITUACIÓN CLÍNICA

- ☐ Recaída post auto TPH
☐ Recaído/refractario no candidato a auto TPH
☐ Recaído/refractario previo a auto TPH

ESTADIFICACIÓN

Estadificación de Ann Arbor

- ☐ I A ☐ II A ☐ III A ☐ IV A
☐ I B ☐ II B ☐ III B ☐ IV B

Bulky (>10 cm): ☐ Si ☐ No

Estadificación pronóstica:

Estadío I - II

- IA – IIA favorable: enfermedad no voluminosa, VES < 50mm/hr y < 3 sitios ganglionares
- IA – IIA favorable/desfavorable: enfermedad no voluminosa, y...
VES >50mm/hr ☐ Si ☐ No
> 3 sitios ganglionares ☐ Si ☐ No
- IA – IIA desfavorable: enfermedad mediastínica voluminosa o con adenopatía > 10 cm y...
VES >50mm/hr ☐ Si ☐ No
> 3 sitios ganglionares ☐ Si ☐ No
- IB – IIB desfavorable:
Presencia de enfermedad mediastínica voluminosa o con adenopatía > 10 cm ☐ Si ☐ No
VES >50mm/hr y/o ☐ Si ☐ No
> 3 sitios ganglionares ☐ Si ☐ No

Estadío III – IV

	Si
Albúmina <4 g/dL	
Hemoglobina <10,5 g/dl	
Sexo masculino	
Edad ≥45 años	
Enfermedad en estadio IV	
Leucocitosis (recuento de glóbulos blancos ≥ 15000/mm ³)	
Linfocitopenia (recuento de linfocitos < 8 % del recuento de glóbulos blancos y/o recuento de linfocitos < 600/mm ³)	

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 ☐ Hipertiroideismo
☐ Hipotiroideismo ☐ Otros

NEFRO UROLÓGICOS

☐ No ☐ Si

- ☐ Insuficiencia renal ☐ Otros
☐ Diálisis

DIGESTIVOS

☐ No ☐ Si

- ☐ Hepatopatía ☐ Otros

HEMATOLÓGICOS

☐ No ☐ Si

- ☐ Trastornos hemorragíparos ☐ Anemia
☐ Estados trombofílicos ☐ Otros

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

☐ No ☐ Si

- ☐ 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

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Número de líneas de tratamiento previo a Pembrolizumab ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ > 3

- ☐ ABVD
- ☐ AVD
- ☐ BEACOPP
- ☐ Brentuximab Vedotin
- ☐ GVD
- ☐ DHAP
- ☐ ICE

- ☐ IGEV
- ☐ ESHAP
- ☐ Radioterapia
- ☐ TPH autólogo
- ☐ TPH alogénico
- ☐ Otros. Especificar _____

TRATAMIENTO PROPUESTO

- ☐ Inducción de remisión

DOSIS PROPUESTA:

Peso (Kg): _____ Talla (cm) _____

Dosis propuesta de Pembrolizumab: _____ mg intravenoso cada 3 semanas

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: