

Formulario de solicitud de Tratamiento de MANTENIMIENTO de de LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

C.I.: _____ - ____ N° de CP _____ Nombre _____

Firma _____

Seguimiento:

Suspende tratamiento: ☐ No ☐ Si

Fecha: ____/____/____

Causa:

☐ Finaliza Mantenimiento

☐ Progresión lesional

☐ Abandono

☐ Indicación Médica

☐ Fallecimiento

Evaluación imagenológica semestral de respuesta: ☐ No ☐ Si

☐ Remisión completa

☐ Remisión parcial

☐ Enfermedad estable

☐ Progresión lesional

☐ Otra. Especifique _____

(Aportar imagenología)

Tratamiento Solicitado:

Fecha de administración de última dosis: ____/____/____

Rituximab Dosis ____ mg

Número de ciclo de mantenimiento:

2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---

Peso (Kg): ____ Talla (cm): ____ Superficie corporal (m2): __ , __

Consideraciones que juzgue relevantes: