

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para tratamiento de Cáncer de Mama

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 _____

SITUACIÓN CLÍNICA (Corresponde solo para diagnóstico de cáncer de mama operable)

- ☐ Neoadyuvancia
☐ Adyuvancia

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO:

☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

Motivo: ☐ Finaliza adyuvancia ☐ Intolerancia ☐ Cardiotoxicidad
☐ Abandono ☐ Fallecimiento ☐ Progresión lesional
☐ Otro motivo → Especifique: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

¿Asocia fármaco? ☐ No ☐ Si ¿Cuál? ☐ Trastuzumab ☐ Lapatinib ☐ Fulvestrant
☐ Pertuzumab ☐ Trastuzumab emtansine (TDM-1)
☐ Ribociclib

¿Cambia de fármaco? ☐ No ☐ Si

Droga que recibía: ☐ Trastuzumab ☐ Lapatinib ☐ Fulvestrant ☐ Pertuzumab
☐ Trastuzumab emtansine (TDM-1) ☐ Ribociclib ☐ Pembrolizumab

En tratamiento desde: ____/____/____ a dosis de _____ mg.

Motivo del cambio: ☐ Efectos adversos. ☐ Progresión lesional ☐ Misma localización metastásica ☐ Nueva localización metastásica ☐ Visceral ☐ No visceral
☐ Completó neoadyuvancia - Presencia de enfermedad residual
Cantidad de ciclos recibidos previo a cirugía: ____
☐ Completó neoadyuvancia - Respuesta completa

Esp.: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: __/__/__

Fecha de último control : __/__/__

Tratamiento con Trastuzumab

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Arritmia Cual _____
- ☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
- ☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Tratamiento con Fulvestrant

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Fenómeno tromboembólico Cual _____
- ☐ Otros eventos adversos Cuales _____

Tratamiento con Lapatinib

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Insuficiencia cardíaca Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Arritmia – Prolongación del intervalo QT
- ☐ Arritmia – Otra _____
- ☐ Reducción de la FEVI al 20% del valor basal o por debajo del límite inferior del rango normal.
- ☐ Diarrea Especifique grado: _____
- ☐ Hepatotoxicidad Especifique: _____
- ☐ Síndrome mano-pie
- ☐ Hematológicos Cuales: _____
- ☐ Otros eventos adversos Cuales: _____

Tratamiento con Pertuzumab-Trastuzumab

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Arritmia Cual _____
- ☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
- ☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Tratamiento con Trastuzumab emtansine (TDM-1)

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Relacionados con la infusión Cuales _____
- ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- ☐ Arritmia Cual _____
- ☐ Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab
- ☐ Alteraciones de transaminasas.
- ☐ Plaquetopenia
- ☐ Otros eventos adversos. Cuales _____

Tratamiento con Ribociclib:

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Arritmia – Prolongación del intervalo QT
- ☐ Hepatotoxicidad Especifique: _____
- ☐ Hematológicos Cuales: _____
- ☐ Neumonitis/Enfermedad intersticial pulmonar
- ☐ Otros eventos adversos Cuales: _____

Tratamiento con Pembrolizumab:

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

- ☐ Relacionados con la infusión: Cuáles _____
- ☐ Reacciones cutáneas (rush, prurito)
- ☐ Alopecia
- ☐ Fatiga
- ☐ Síntomas digestivos: Cuáles _____
- ☐ Elevación de ALT (Alanina Amino Transferasa)
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Alteraciones hematológicas: Cuáles _____
- ☐ Neumonitis
- ☐ Otros. Cuáles: _____

PARACLÍNICA (En caso de reducción vinculada al tratamiento)

FEVI ____ %

SEGUIMIENTO

☐ No ☐ Si

(para cáncer de mama metastásico)

En forma trimestral informe sobre respuesta al tratamiento, documentado con paraclínica que corresponda:

☐ Respuesta Completa

☐ Respuesta Parcial

☐ Enfermedad estable

☐ Progresión lesional

CA 15-3: _____ Fecha: ____/____/____

Control imagenológico ☐ No ☐ Si Fecha: ____/____/____

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

Paciente viaja al exterior? ☐ No

☐ Si

Cantidad de días: ____

N° de dosis en el mes: ____ dosis

Trastuzumab

Ajuste de dosis:

☐ No

☐ Si

Motivo: _____

N° de dosis en el mes: ____ dosis

Cantidad total de Trastuzumab solicitado: _____ mg

☐ Administración cada 3 semanas

Fechas de las dosis:

____/____/____

____/____/____

☐ Administración semanal

Pertuzumab

Cantidad de Pertuzumab solicitado: _____ mg

Trastuzumab-Pertuzumab s/c

Cantidad de dosis solicitada: _____ mg (cada 3 semanas)

Fulvestrant

Cantidad de Fulvestrant solicitado: _____ mg

Lapatinib

Cantidad de Lapatinib solicitado: _____ mg/día

Trastuzumab emtansine (TDM-1)

Cantidad de Trastuzumab emtansine (TDM-1) solicitado: _____ mg

Ribociclib:

Ajuste de dosis: ☐ No ☐ Si Motivo: _____

Dosis solicitada: _____ mg

Pembrolizumab:

Cantidad de Pembrolizumab solicitado: _____ mg (cada 3 semanas)

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: