

## Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para el Tratamiento de CÁNCER DE PRÓSTATA

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

### **MEDICO ONCÓLOGO SOLICITANTE:**

N° de caja profesional: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO:**     NO     SI    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:       Intolerancia     Progresión     Indicación médica     Abandono     Fallecimiento  
 Otra. Cual \_\_\_\_\_

### **CAMBIO DE TRATAMIENTO**

Cambia de fármaco?     NO     SI

Droga que recibía:     Abiraterona

Motivo de cambio:     Intolerancia a la droga  
 Toxicidad por la droga  
 Falla de tratamiento  
 Progresión lesional  
 Otro motivo. Especifique: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE DOSIS:**     NO     SI    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo de ajuste de dosis:     Alteración de F y E hepático  
 Hipopotasemia  
 Otro. Especifique \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:**

Fecha de último control del mes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tolerancia al tratamiento:  Buena     Mala

Efectos adversos:     No     Si

- Retención de fluidos
- HTA
- Hipopotasemia
- Incremento de enzimas hepáticas
- Anemia
- Evento cardiovascular. Cuál? \_\_\_\_\_
- Hematológico. Cuál? \_\_\_\_\_
- Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

### **SEGUIMIENTO TRIMESTRAL**

Evaluación del dolor?  No  Si EVA dolor: \_\_\_ (rango de 0 a 10, 0 sin dolor y 10 máximo de dolor)

¿Requerimiento de opiáceos para el manejo del dolor?  No  Si Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **Respuesta al tratamiento según criterios RECIST:**

Respuesta completa  Respuesta parcial  Enfermedad estable  Progresión lesional

Comentarios \_\_\_\_\_

#### **Paraclínica requerida seguimiento trimestral:**

PSA: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado (ng/ml): \_\_\_\_\_

Hepatograma:  Enzimas multiplica x 2 sobre valor previo  Enzimas multiplica x 4 sobre valor previo

Hemograma: Glób. Blancos: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_

Hipopotasemia:  No  Si

### **TRATAMIENTO SOLICITADO**

Peso: \_\_\_ Kg. Talla \_\_\_ cm.

Dosis diaria propuesta Abiraterona: \_\_\_\_\_ mg.

Dosis diaria propuesta Olaparib: \_\_\_\_\_ mg.

### **Consideraciones que juzgue relevantes:**