

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL TRATAMIENTO del Cáncer de Pulmón

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 _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO:

☐ NO

☐ SI

Fecha: ____/____/____

Motivo: ☐ Intolerancia ☐ Progresión lesional ☐ Abandono ☐ Fallecimiento
☐ Otra: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

☐ No

☐ Si

Droga que recibía: ☐ Erlotinib ☐ Gefitinib

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

Motivo de cambio:

- ☐ Efectos adversos. Especifique: _____
☐ Cambio por fármacos incorporados en nueva normativa.
☐ Otros. Especifique _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de último control: ____/____/____

Complicaciones:

- ☐ Por el tratamiento. Especifique _____
☐ Por su enfermedad. Especifique _____

SEGUIMIENTO

☐ No

☐ Si

☐ Respuesta Completa ☐ Respuesta Parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión lesional

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

Comentarios que juzgue relevantes: _____

DOSIS SOLICITADA

☐ Erlotinib: _____ mg/día.

☐ Gefitinib: _____ mg/día.

☐ Osimertinib: _____ mg/día.

☐ Alectinib: _____ mg/día.

☐ Atezolizumab: _____ mg cada 3 semanas

Vía de administración: ☐ Subcutáneo ☐ Intravenoso

Cambia vía de administración respecto a última solicitud? ☐ Si ☐ No

☐ Pembrolizumab: _____ mg i/v cada 3 semanas