

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de Tratamiento de LINFOMAS NO HODGKIN

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: ☐ NO ☐ SI Fecha: ____/____/____

Motivo: ☐ Fin de tratamiento ☐ Intolerancia ☐ Progresión lesional ☐ Abandono

☐ Fallecimiento ☐ Otra. Cual _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

Cambio de plan PQT con respecto a la última dosis? ☐ NO ☐ SI Fecha: ____/____/____

Motivo de cambio: _____

CAMBIO DE DOSIS: ☐ NO ☐ SI Fecha: ____/____/____

Motivo de ajuste de dosis: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

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

Tolerancia al tratamiento: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Efectos adversos: ☐ No ☐ Si

Especificar:

☐ Neutropenia severa

☐ Neutropenia no severa

☐ Plaquetopenia

☐ Anemia

☐ Náuseas y /o vómitos

☐ Reacción infusional

☐ Reacción cutánea

☐ Complicación cardiovascular. Cuál? _____

☐ Sangrados. Cual _____

☐ Infección. Cual _____

Requirió internación y/o antimicrobianos intravenosos: ☐ No ☐ Si

☐ Otros. Cual _____

RESPUESTA AL TRATAMIENTO POST TERCERA SERIE (Rituximab y/o Bendamustina)

☐ Respuesta completa ☐ Remisión parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Enfermedad progresiva

RESPUESTA AL TRATAMIENTO (Ibrutinib)

☐ Respuesta completa ☐ Remisión parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Enfermedad progresiva

TRATAMIENTO ASOCIADO PROPUESTO

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Ciclofosfamida | ☐ Etopósido | ☐ Prednisona |
| ☐ Platinos | ☐ Fludarabina | ☐ Vincristina |
| ☐ Citarabina | ☐ Ifosfamida | ☐ Bendamustina |
| ☐ Clorambucil | ☐ Metotrexate | ☐ Thiotepa |
| ☐ Doxorubicina | ☐ Mitoxantrona | ☐ Obinutuzumab |
| ☐ Dexametasona | ☐ Metilprednisolona | ☐ Polatuzumab |

TRATAMIENTO PROPUESTO:

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

☐ **Rituximab** Dosis (375 mg/m2): ____

☐ **Bendamustina** Dosis (60-100 mg/m2): ____

☐ **Ibrutinib** Dosis: ____ mg

CONSIDERACIONES QUE JUZQUE RELEVANTES: