

Formulario de solicitud de inicio de TRATAMIENTO del Cáncer de Cuello Uterino Avanzado

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 _____

DIAGNÓSTICO

☐ Cáncer de cuello uterino (CCU) Fecha del diagnóstico inicial de CCU: ____/____/____

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Cáncer de cuello uterino (CCU)

- ☐ Persistente
- ☐ Recurrente
- ☐ Metastásico

Fecha del diagnóstico de la situación clínica actual: ____/____/____

METÁSTASIS:

- ☐ Ganglionares
- ☐ Pulmonares
- ☐ Pleural
- ☐ Hepáticas
- ☐ Peritoneales
- ☐ Óseas
- ☐ SNC ☐ No controladas
- ☐ Controladas: ☐ Resecadas
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Otro. Cual _____
- ☐ Otras localizaciones metastásicas. Especifique _____

ESTADIFICACIÓN FIGO 2018

I- El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino

- ☐ IA1 ☐ IA2 ☐ IB1 ☐ IB2 ☐ IB3

II- El carcinoma invade más allá del útero, pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica

- ☐ IIA1 ☐ IIA2 ☐ IIB



III- El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afecta los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos

☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IIIC1 ☐ IIIC2

IV- El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado clínicamente la mucosa de la vejiga y/o el recto (por biopsia)

☐ IVA ☐ IVB

STATUS MUTACIONAL

EXPRESIÓN DE PDL1 $\geq$ 1% : ____ %

STATUS PARA HPV

☐ No ☐ Si

IHQ p16: ☐ Positivo
☐ Negativo
☐ No realizado

Hibridación *in situ* o PCR HPV16: ☐ Positivo
☐ Negativo
☐ No realizado

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

☐ No ☐ Si

☐ Cardiopatía isquémica ☐ Otros
☐ HTA
☐ Insuficiencia cardíaca FEVI ____ %

RESPIRATORIOS

☐ No ☐ Si

☐ Asma ☐ TBC
☐ EPOC ☐ Otros

NEUROLÓGICOS

☐ No ☐ Si

☐ ACV ☐ Otros
☐ Demencia

ENDOCRINO METABÓLICOS

☐ No ☐ Si

☐ Diabetes ☐ Hipertiroidismo
☐ Hipotiroidismo ☐ Otros

NEFRO UROLÓGICOS

☐ No ☐ Si

☐ Insuficiencia renal ☐ Otros
☐ Diálisis

DIGESTIVOS

☐ No ☐ Si

☐ Hepatopatía ☐ Otros

HEMATOLÓGICOS

☐ No ☐ Si

☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Anemia
☐ Estados trombofílicos ☐ Otros

OTRAS NEOPLASIAS

☐ No ☐ Si

Cual _____

☐ Localizada
☐ Diseminada Espec. _____

ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA

☐ No ☐ Si

Especificar _____

Tto con corticoides o inmunosupresores ☐ No ☐ Si
Cuales? _____

OTROS

☐ No ☐ Si

☐ HIV ☐ Tabaquismo actual
☐ VHB ☐ Tabaquismo previo
☐ VHC ☐ Otros
☐ Alcoholismo

Recibió vacuna HPV ☐ No ☐ Si

Fecha vacunación: ____/____/____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

TRATAMIENTOS PREVIOS

Cirugía: ☐ No ☐ Si Fecha de realización ____/____/____

Radioterapia: ☐ No ☐ Si Fecha de finalización ____/____/____

Quimioterapia: ☐ No ☐ Si Fecha de finalización ____/____/____

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): ____ Talla (cm): ____

☐ Pembrolizumab Dosis: ____ mg

Quimioterapia asociada:

- ☐ Platino
☐ Taxano
☐ Otros. Especifique _____

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: