

## Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO del Cáncer de Ovario 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 Ovario epitelial      Fecha del diagnóstico inicial: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL**

#### **Cáncer de Ovario epitelial**

- Avanzado de reciente diagnóstico sensible a platinos  
 Avanzado en recaída sensible a platinos

Fecha del diagnóstico de la situación clínica actual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### **METASTASIS:**

- Ganglionares  
 Peritoneales  
 Pulmonares  
 Pleural  
 Hepáticas  
 Oseas  
 SNC:  No controladas     Controladas:  Resecadas     Radioterapia     Quimioterapia  
 Otras localizaciones metastásicas. Especifique.....

#### **ESTADIFICACION FIGO:**

- I- Tumor limitado a los ovarios o trompas:  IA     IB     IC
- II- Tumor que compromete uno o ambos ovarios o una o ambas trompas con diseminación pélvica o cáncer primario del peritoneo:  IIA     IIB
- III- Diseminación citológica o histológica confirmada al peritoneo fuera de la pelvis y/o metástasis en ganglios retroperitoneales:  IIIA1     IIIA2     IIIB     IIIC
- IV- Metástasis a distancia excluyendo metástasis peritoneal:  IVA     IVB

**STATUS MUTACIONAL**

BRCA 1:  No  Si

BRCA 2:  No  Si

**MARCADOR TUMORAL**

CA 125 \_\_\_\_\_, \_ U/ml      Fecha de realización \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES**  No  Si

- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- TVP-TEP
- HTA
- Insuficiencia cardíaca  
Clase funcional NYHA:  I  II  III  IV
- Otros

**RESPIRATORIOS**  No  Si

- Asma
- TBC
- EPOC
- Otros

**NEUROLÓGICOS**  No  Si

- ACV
- Epilepsia
- Otros

**ENDOCRINO METABÓLICOS**  No  Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Otros

**NEFRO UROLÓGICOS**  No  Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Otros

**DIGESTIVOS**  No  Si

- Hepatopatía
- Otros

**HEMATOLÓGICOS**  No  Si

- SMD/LAM
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia
- Otros

**ENF. AUTOINMUNE SISTÉMICA**  No  Si

Especificar \_\_\_\_\_

**OTRAS NEOPLASIAS**  No  Si

Cual \_\_\_\_\_

- Localizada
- Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

**OTROS**  No  Si

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

**DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL**

Performance status (ECOG):  0  1  2  3  4

### **TRATAMIENTOS PREVIOS**

**Cirugía de citorreducción:**  No  Si Fecha de realización \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Volumen tumoral Residual:  < 1cm  > 1 cm

**Quimioterapia basada en platinos:**  No  Si

Situación:  Reciente diagnóstico N.º de ciclos recibidos \_ \_

Enfermedad recurrente sensible a platinos

Líneas de quimioterapia basadas en platinos recibidas:

Línea de QT basada en platino	Número de ciclos recibidos	Fecha de último ciclo
1era línea		
2da línea		
3ra línea		
4ta línea		

### **TRATAMIENTO PROPUESTO**

Peso (Kg): \_\_\_ \_\_\_ Talla (cm) \_\_\_ \_\_\_ IMC (Kg/m2) \_\_\_

Dosis Olaparib: \_\_\_ \_\_\_ mg/día

**Tratamiento asociado**  Si  No Cuál? \_\_\_\_\_

### **CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:**