

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES de RITUXIMAB

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.
El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

DOSIS DE RITUXIMAB SOLICITADA: 2da 3ra 4ta 5ta 6ta

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DOSIS DE RITUXIMAB ANTERIORES

	Fecha	Dosis
1ra dosis:	___/___/___	_____ mg.
2da dosis:	___/___/___	_____ mg.
3ra dosis:	___/___/___	_____ mg.
4ta dosis:	___/___/___	_____ mg.
5ta dosis:	___/___/___	_____ mg.

Tolerancia: Buena Regular Mala

Efectos secundarios:

.....

QUIMIOTERAPIA RECIBIDA EN SERIE PREVIA

SI	Droga	Dosis (mg)	Fecha
	Bleomicina		
	Ciclofosfamida		
	Cisplatino		
	Citarabina		
	Clorambucil		
	Doxorrubicina		
	Dexametasona		
	Etopósido		
	Fludarabina		
	Ifosfamida		
	Metotrexato		
	Mitoxantrone		
	Metilprenisolona		
	Prednisona		
	Vinblastina		
	Vincristina		

Confirma el tratamiento propuesto previamente: Si No

NUEVO TRATAMIENTO PROPUESTO	SI	Droga	Dosis total de serie
		Bleomicina	
		Ciclofosfamida	
		Cisplatino	
		Citarabina	
		Clorambucil	
		Doxorrubicina	
		Dexametasona	
		Etopósido	
		Fludarabina	
		Ifosfamida	
		Metotrexato	
		Mitoxantrone	
		Metilprenisolona	
		Prednisona	
	Vinblastina		
	Vincristina		