

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO

Con 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.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO

- Linfoma difuso a grandes células B
- Linfoma folicular Grado III
- Linfoma folicular Grado I y II
- Linfoma del Manto

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

- Debut de enfermedad
- Recaida
- Remisión parcial
- Resistencia a tratamiento previo
- Progresión lesional bajo tratamiento
- Otra situación

Estadificación de Ann Arbor

- I A II A III A IV A
- I B II B III B IV B

Bulky (> 10 cm.): Si No

Estadificación pronóstica:

IPI (Linfomas agresivos)

- Edad mayor de 60 años
- LDH elevada
- Compromiso extranodal: 2 o más sitios
- Performance status \geq 2
- Estadío III o IV

Score: _____

- Riesgo:
- Bajo (0 – 1)
 - Intermedio bajo (2)
 - Intermedio alto (3)
 - Alto (4 – 5)

FLIPI (Linfomas foliculares I y II)

- Edad mayor de 60 años
- LDH elevada
- Hemoglobina < 12 gr/dl
- Mas de 5 sitios ganglionares
- Estadío III o IV

Score: _____

- Riesgo:
- Bueno (0 – 1)
 - Intermedio (2)
 - Alto (3 – 4 – 5)

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica
 - Cardiopatía valvular
 - Arritmias
 - HTA
 - Insuficiencia cardíaca
 - Claud. intermitente
 - Insuf. venosa crónica
 - TVP
 - Otros
- Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma
- Bronquitis crónica
- EPOC
- TBC
- Otros

NEUROLÓGICOS

No Si

- AVE
- Encefalopatía vascular
- Epilepsia
- Sind. Parkinsoniano
- Demencia
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Obesidad
- Otros

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Infección urinaria
- Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía
- Enfermedad diverticular
- Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si

- Trastornos hemoragíparos
- Estados trombofílicos
- Anemia
- Otros

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

No Si

- Localizada
- Diseminada Espec. _____

OTROS

No Si

- HIV
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

- I- Actividad irrestricta
- II- Actividad normal con limitaciones
- III- Actividad muy limitada
- IV- Incapacidad de cuidarse

TRATAMIENTOS PREVIOS

- CLORAMBUCIL
 CVP
 CHOP
 CHOP-E
 CAPVE

- MBACOD
 MBACOP
 MINE
 ESHAP
 DHAP

- TPH autólogo
 TPH alogénico
 HIPERCVAD
 Otros

Druga _____

Dosis _____ mg

TRATAMIENTO PROPUESTO

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

Dosis propuesta de Rituximab: _____ mg

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____ Superficie corporal (m2): _____, _____

Consideraciones que juzgue relevantes: