

Formulario de SEGUIMIENTO de tratamiento con RITUXIMAB

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 _____

SEGUIMIENTO PAUTADO

- Marcar el que corresponda a este seguimiento -

- Al finalizar 3ra serie Al 1er año de fin de trat. Al 4to año de fin de trat.
 Al finalizar tratamiento Al 2do año de fin de trat. Al 5to año de fin de trat.
 A los 6 meses de fin de trat. Al 3er año de fin de trat.

Situación del paciente al momento del seguimiento:

- Vivo Fallecido Perdido
 En remisión completa Fecha: ___/___/___ En remisión parcial Causa: Ver Recaída Progresión lesional Otros

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

SI No

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

PARACLÍNICA QUE ACOMPAÑA A ESTE SEGUIMIENTO:

- Hemograma Estudios Imagenológicos que fueron positivos al diagnóstico
 LDH Controles evolutivos de estudios que fueron patológicos al diagnóstico
 B2 microglobulina

TRATAMIENTOS REALIZADOS DESDE ÚLTIMO SEGUIMIENTO

No Si

Especificar: