

Formulario de SEGUIMIENTO SEMESTRAL de TRATAMIENTO de LEUCEMIAS Y GIST

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 -

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1er semestral | <input type="checkbox"/> 4to semestral | <input type="checkbox"/> 7mo semestral | <input type="checkbox"/> Semestral ____ |
| <input type="checkbox"/> 2do semestral | <input type="checkbox"/> 5to semestral | <input type="checkbox"/> 8vo semestral | |
| <input type="checkbox"/> 3er semestral | <input type="checkbox"/> 6to semestral | <input type="checkbox"/> 9no semestral | |

Situación del paciente al momento del seguimiento:

- Vivo
- Remisión Hematológica.
- Respuesta Citogenética:
- Completa Mayor Menor Mínima Nula
- Situación Molecular, Bcr-Abl:
- positivo Cuantificación: ____ x 10⁻⁻⁻
- negativo
- Resistencia, pérdida de respuesta o progresión lesional bajo tratamiento.
- Otra situación (especifique) _____
- Fallecido Fecha: __/__/____ Causa: _____
- Perdido Fecha: __/__/____
- Otra situación _____

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
 Medida de diámetro mayor esplénico por ecografía: ___ ___ cm.
 Estudio Citogenética: Porcentaje de metafases Phi positivas ___ ___ %
 Estudio Molecular: Bcr-Abl : Cuantificación: ___ ___ x 10⁻⁻⁻

TRATAMIENTOS ASOCIADOS DESDE ÚLTIMO SEGUIMIENTO

No Si

Especificar:

COMENTARIOS:
