

## Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL para tratamiento con TRASTUZUMAB

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 centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, 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 ONCÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de dosis de Trastuzumab en el mes: \_\_\_ dosis

Fecha de último control : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cantidad total de Trastuzumab recibida en el mes en curso: \_\_\_ \_\_\_ mg

### **Tolerancia al tratamiento:**

Efectos adversos:  No  Si

Relacionados con la infusión Cuales \_\_\_\_\_

Insuficiencia cardíaca congestiva - Clase:  I  II  III  IV

Arritmia Cual \_\_\_\_\_

Reducción de la FEVI con valor actual menor a 50 % o 10% menor al valor previo al inicio del tratamiento con Trastuzumab

Otros eventos adversos. Cuales \_\_\_\_\_

### PARACLÍNICA

#### **Hemograma (Frecuencia: mensual):**

Glób. Blancos: \_\_\_\_\_ N \_\_\_,% Hb \_\_\_ g/dl Plaquetas \_\_\_\_\_ mil

#### **Ecocardiograma con FEVI (Frecuencia: meses 3, 6, 12 de tratamiento)**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FEVI \_\_\_ %

#### **Resto del estudio:**

Normal

Con alteraciones

Cuales \_\_\_\_\_

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **DOSIS MENSUAL SOLICITADA**

Ajuste de dosis :  No  Si Motivo: \_\_\_\_\_

Nº de dosis en el mes: \_\_\_ dosis

Cantidad total de Trastuzumab solicitado: \_\_\_ \_\_\_ mg

Para el mes de : \_\_\_\_\_