

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

TMO AUTÓLOGO

TMO ALOGÉNICO

FECHA ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Procedimiento a coordinar

Fecha de coordinación ___/___/___

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

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.

ANTECEDENTES PERSONALES

Estados mórbidos asociados:

- Renal Esp. _____
- Cardiovascular Esp. _____
- Hepáticos Esp. _____
- Neurológicos Esp. _____
- Pleuropulmonares Esp. _____
- Endocrino-metabólicos
 - Diabetes
 - Otros Esp. _____
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Patología siquiátrica Esp. _____
- Otros Esp. _____

SITUACIÓN CLINICA ACTUAL

Altura _____ Peso _____

- Remisión
 - 1ra remisión completa
 - 2da remisión completa o posterior
 - 1ra remisión parcial
 - 2da remisión parcial o posterior
- Recaída
- Fase de resistencia
- Otros Esp. _____

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS

Quimioterapia

Plan _____	Droga _____	Nombre _____	Dosis _____	Ultima sesión _/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____

Plan _____ Droga _____

		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____

Plan _____ Droga _____

		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____
		_____	_____	_/_/____

TMO Fecha: ___/___/____ Autólogo Alogénico

Radioterapia Local Locoregional I.C.T Dosis _____ Fecha: ___/___/____

Tranfusiones Globulos rojos Nºde volúmenes _____ Plaquetas Nºde volúmenes _____

PARACLÍNICA

	Norm.	Anorm
Hemograma		
Glicemia		
Ionograma		
Creatinemia		
Azoemia		
V.E.S.		
P.E.F.		
B2 microglobulina		
L.D.H.		
Cupremia		
Sideremia		

	Norm.	Anorm.
F. Hepático		
Ecocardiograma		
F. Respiratorio		
Rx. De torax		
B.M.O.		
H.I.V.		
C.M.V.		
Toxoplasmosis		
Hepatitis B		
Hepatitis C		

Inmunofenotipo: _____

Alteraciones citogenéticas: _____

Marcadores moleculares: _____

TAC	<input type="checkbox"/> NO	Nor	Anor	Fecha
<input type="checkbox"/> NO	Craneo			
<input type="checkbox"/> NO	Tórax			
<input type="checkbox"/> NO	Abdomen			
<input type="checkbox"/> NO	Pelvis			
<input type="checkbox"/> NO	Otras			

R.N.M.	<input type="checkbox"/> NO	Nor	Anor	Fecha
<input type="checkbox"/> NO	Craneo			
<input type="checkbox"/> NO	Tórax			
<input type="checkbox"/> NO	Abdomen			
<input type="checkbox"/> NO	Pelvis			
<input type="checkbox"/> NO	Otras			

DIAGNÓSTICO

Fecha: ___/___/___

LEUCEMIAS AGUDAS

Mieloblástica

FAB: M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 Otros _____

Compromiso extramedular Sitio: SNC Otros _____

Linfoblástica

FAB: L1 L2 L3 Otros _____

Compromiso extramedular Sitio: SNC Testículo Mediastino Otros _____

LEUCEMIAS CRÓNICAS

Leucemia mieloide crónica

Fase: Crónica Acelerada Blástica Otras leucemias Esp. _____

TUMORES

Tumor germinal

Neuroblastoma

Meduloblastoma

Sarcoma de Ewing

Otros _____

LINFOPATÍAS TUMORALES

Enfermedad de Hodgkin

Histología: Predominio linfocitario

Esclerosis nodular

Celularidad mixta

Deplección linfocitaria

Estadío de Ann Arbor: I II III IV

Síntomas constitucionales: Si No

Enfermedad "Bulky": Si No

Compromiso extranodal: Si No _____

Compromiso infradiafragmático: Si No

Linfoma no Hodgkin

Histología: Bajo grado

Grado intermedio

Alto grado

Otros _____

Estadío de Ann Arbor: I II III IV

Síntomas constitucionales: Si No

Enfermedad "Bulky": Si No

Compromiso extranodal: Si No _____

Compromiso infradiafragmático: Si No

Performance Status >= 2: Si No

LDH elevada: Si No

MIELOMA MÚLTIPLE

Tipo: IgG IgA

Cadenas livianas

Kappa

Lambda

Otro _____

Estadío Durie-Salmon: I II III

Creatinina mayor de 2 mg/dl: Si No

Expresión de p-170: Si No

B2 microglobulina: Menor 3 mg/l

Entre 3 y 6 mg/l

Mayor de 6 mg/l

APLASIA MEDULAR

SINDROME MIELODISPLÁSICO

Clasificación FAB: AR ARc/sideroblastos AREB AREB-t LMMC

ALIP: Si No Tipo de SMD: Primario Secundario

Citopenias: Anemia Trombocitopenia Leucopenia

PROPUESTA TERAPÉUTICA

Trasplante de médula ósea

Autólogo

Alogénico

Cosecha:

S.C.P.

Médula ósea

Tipo de trasplante:

Relacionado

No relacionado

Relacionado-Haploidéntico