

DATOS DEL PACIENTE

Nº DE AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:
 NOMBRE Y APELLIDO: SEXO:
 DOMICILIO: TEL:
 DIAGNÓSTICO: Nº DE CICLO:
 ALTURA: PESO: SUPERFICIE CORPORAL:
 FECHA DE DIAGNÓSTICO: FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

*ESTADIO INICIAL:

.I ☐ .II ☐ .III ☐ .IV ☐

*ESTADIO ACTUAL:

.I ☐ .II ☐ .III ☐ .IV ☐

MOTIVO DEL TRATAMIENTO

INICIO ☐ .CAMBIO DE ESQUEMA TOXICIDAD ☐

CONTINUIDAD ☐ .CAMBIO DE ESQUEMA PROGRESIÓN ☐

.OTRO,ESPECIFICAR:

*METÁSTASIS SI ☐ NO ☐

EN CASO DE SI DETALLAR SITIO:

*PROGRESIÓN ☐ *RECAÍDA ☐

*ECOG:

*MARCADORES: (marcar según corresponda)

HER2+	☐	KRAS	☐
HER2-	☐	BRAFV600	☐
BCRA1	☐	PDL1	☐
Triple negativo	☐	RH-	☐
PI3K	☐	RH+	☐
BCRA2	☐	EGFR	☐

OTRO, ESPECIFICAR:

*ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

. Neoadyuvante	☐
. Adyuvancia	☐
. Primera Línea Estadio Avanzado	☐
. Segunda Línea Estadio Avanzado	☐
. Tercera Línea Estadio Avanzado	☐
. Cuarta línea o posterior	☐

*ESTRATEGIA DE ADYUVANCIA

Después de cirugía, quimioterapia
(adyuvante o neoadyuvante) y radioterapia

☐

MONOTERAPIA

☐

Luego de quimioterapia adyuvante, con doxorubicina y
ciclofosfamida, en combinación con docetaxel y placitaxel

☐

OTRO

☐

En combinación con quimioterapia adyuvante consistente
en docetaxel y carboplatino

☐

Combinación con quimioterapia neoadyuvante seguido
de tto para enfermedad localmente avanzada

☐

Otro, especificar:

*ONCOHEMATOLOGIA:

*.MIELODISPLASIA

☐

*.LMC

☐

*.MIELOMA MULTIPLE

☐

*.LEUCEMIAS AGUDAS

☐

*.LINFOMA NO HODGKIN

☐

*.LINFOMA HODGKIN

☐

*Fase de LCM al diagnostico:

CRÓNICA

☐

ACELERADA

☐

CRISIS BLASTICA

☐

*Linea de tratamiento (Mieloma Multiple):

Induccion

☐

Consolidacion

☐

Mantenimiento

☐

Primera recaida

☐

Segunda recaida

☐

Tercera recaida o posterior

☐

*Estudio Citogenetico (Mieloma Multiple):

Delecion 17p

☐

Traslocacion(14,16)

☐

Traslocacion(14,20)

☐

Ganacia 1q

☐

No realizado

☐

Sin mutacion de riesgo
aumentado
TP53

☐
☐

*Estudio Molecular (Mieloma Multiple):

TP53

☐

Sin mutacion de riesgo

☐

No realizado

☐

FLT3

☐

PmL RaR Alfa

☐
☐

*INDIQUE TRATAMIENTO ACTUAL:

Droga	Dosis	Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

*DETALLAR TRATAMIENTO PREVIO:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA MÉDICO AUDITOR

* FECHA

(*): DATOS OBLIGATORIOS