

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 : _____