GALENO

SOLICITUD DE TRATAMIENTO PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y ONCOHEMATOLÓGICOS

DATOS DEL PACIENTE

Nº DE AFILIADO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

NOMBRE Y APELLIDO: ..... SEXO: .....

DOMICILIO: ..... TEL: .....

DIAGNÓSTICO: ..... N° 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 linea o posterior	☐

COMPLETAR SEGUNDA HOJA*

GALENO

SOLICITUD DE TRATAMIENTO PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y ONCOHEMATOLÓGICOS

*ESTRATEGIA DE ADYUVANCIA

- Después de cirugía, quimioterapia (adyuvante o neoadyuvante) y radioterapia ☐
- Luego de quimioterapia adyuvante, con doxorrubicina y ciclofosfamida, en combinación con docetaxel y placitaxel ☐
- En combinación con quimioterapia adyuvante consistente en docetaxel y carboplatino ☐
- Combinación con quimioterapia neoadyuvante seguido de tto para enfermedad localmente avanzada ☐

Otro, especificar: .....

*ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE

- MONOTERAPIA ☐
- OTRO ☐

***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

F2472

(*): DATOS OBLIGATORIOS

Sr. Profesional:Esta solicitud debe presentarse en Galeno al inicio del tratamiento, en la revaluación y ante un cambio de dosis o medicación.
Recuerde revaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo según corresponda a la patología del paciente.