

PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE PULMÓN

1 de 2

Fecha:/...../.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Peso: kg. Talla: mts. Superficie corporal: m2.

Estadío inicial (I, II, III, IV): _____ Estadío actual (I, II, III, IV): _____

ECOG: _____

Fecha de última recaída o progresión: _____

Sitio de metástasis: _____

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO (marcar con una X lo que corresponda)

- Cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico.
- Cáncer de pulmón de células pequeñas
- Otro: _____

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO ESPECÍFICO (marcar con una X lo que corresponda)

- Status EGFR (tipo de mutación): _____
- Inhibidores ALK: presencia de la mutación de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK)
- Sobreexpresión de ligando 1 de muerte programada PD-L1 (> 50%)
- Otro: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

- Radioterapia/...../.....
- Cirugía/...../.....
- Quimioterapia. Detalle: _____
- Inhibidores del EGFR: Detalle: _____
- Inhibidores mTOR: Everolimus
- Inmunoterapia (AntiPD-1/PDL1) Detalle: _____
- Otro: _____

Firma y Sello:

PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE PULMÓN

2 de 2

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional)

TRATAMIENTO SOLICITADO (marcar con una X lo que corresponda)

- Neoadyuvancia
 Adyuvancia
 Avanzado: Primera línea Segunda línea Tercera línea

Nº de ciclos planificados hasta finalización o evaluación de respuesta: _____
Ciclo Nº _____ de _____

Monodroga	Dosis (por m2 o Kg)	Frecuencia	Dosis TOTAL por ciclo

Estimado colega: el presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y debe estar acompañado de toda la documentación respaldatoria requerida.

Apellido y Nombre: _____
Matrícula nacional Nº: _____ Matrícula provincial: Nº: _____
Mail: _____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE CÁNCER DE PULMÓN

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de cáncer de pulmón, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Estudios de diagnóstico:
 - Informe de anatomía patológica con inmunohistoquímica
 - Marcadores tumorales
 - Laboratorio
 - TAC
 - PET
 - Resonancia magnética nuclear
 - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo de cáncer de pulmón, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- En el caso de contar con estudios actualizados:
 - Informe de anatomía patológica con inmunohistoquímica
 - Marcadores tumorales :
 - Laboratorio
 - TAC
 - PET
 - Resonancia magnética nuclear
 - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA DOSIS.

- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de cáncer de pulmón, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- En el caso de contar con estudios actualizados:
 - Informe de anatomía patológica con inmunohistoquímica
 - Marcadores tumorales
 - Laboratorio
 - TAC
 - PET
 - Resonancia magnética nuclear
 - Centellograma
- En caso de cirugía presentar copia de protocolo quirúrgico o epicrisis.
- En el caso de radioterapia: presentar protocolo de radioterapia.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: _____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/..... /.....

Nombre completo del paciente o Sigla

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN: _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.