

# PROTOCOLO ONCOLÓGICO: MELANOMA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

## 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)

Melanoma cutáneo avanzado

Irresecable

Metastásico

Otro: \_\_\_\_\_

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

Inhibidores BRAF: Mutación BRAF V600

Inmunoterapia: PDL1>1%

## TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

Radioterapia ...../...../.....

Cirugía ...../...../.....

Dacarbazina

Temozolomida

Citoquinas: Interleuquina, Interferón

Quimioterapia con platino

Ipilimumab

Inhibidores MEK/BRAF

Otro: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:

# PROTOCOLO ONCOLÓGICO: MELANOMA

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 MELANOMA

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 melanoma, 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
  - Marcadores tumorales
  - Estudios complementarios:
    - 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 melanoma, 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
  - 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 melanoma, 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
  - 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.