

# PROTOCOLO ONCOHEMATOLÓGICO: MIELOMA MÚLTIPLE

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.

Diagnóstico: .....

ECOG: .....

Fecha de última recaída o progresión: .....

## FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO (marcar con una X lo que corresponda)

- Proteína monoclonal presente en el suero u orina
- Células Plasmáticas monoclonales > 10% en Médula Ósea (MO) o biopsia de plasmocitoma

### • Disfunción orgánica relacionada al Mieloma:

- Calcio elevado en suero (>10.5 mg/dl)
- Insuficiencia Renal (Creatinina >2 mg/dl)
- Anemia (Hb <10 gr/dl o Hb <2 gr de lo establecido para sexo y edad)
- Lesión ósea lítica u osteoporosis

### • Paciente candidato a trasplante:

- SI
- NO

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

- Tratamiento de primera línea como inducción al trasplante en pacientes candidatos
- Tratamiento de quimioterapia en pacientes no candidatos a trasplante
- Tratamiento de primera recaída y posteriores.
- Otro: .....

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

- Inducción
- Consolidación
- Mantenimiento
- Recaída

Firma y Sello:

# PROTOCOLO ONCOHEMATOLÓGICO: MIELOMA MÚLTIPLE

2 de 2

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Debe incluir fundamento terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)

---

---

---

---

---

---

TRATAMIENTO SOLICITADO (marcar con una X lo que corresponda)

- Inducción
- Consolidación
- Mantenimiento
- Tratamiento de soporte

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 N°: \_\_\_\_\_ Matrícula provincial: N°: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:

# INSTRUCTIVO ONCOHEMATOLÓGICO DE MIELOMA MÚLTIPLE

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 oncohematológico de Mieloma múltiple, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación y antecedentes de medicación utilizada).
- Estudios de diagnóstico:
  - Laboratorio
  - Biopsia de médula ósea
  - Citometría de flujo
- Consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo oncohematológico de Mieloma múltiple, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación y antecedentes de medicación utilizada).
- En el caso de contar con estudios actualizados:

Laboratorio  
Biopsia de médula ósea  
Citometría de flujo
- 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 oncohematológico de Mieloma múltiple, en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación y antecedentes de medicación utilizada).
- Estudios de diagnóstico:

Laboratorio  
Biopsia de médula ósea  
Citometría de flujo
- 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.