

Mantenimiento LPA

Fax: +34 96 1246201 E-mail: montesinos_pau@gva.es / msanz@uv.es

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente	
Hospital: <input type="text"/>	Iniciales: <input type="text"/>
Fecha de diagnóstico: <input type="text"/>	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Ciclo de Mantenimiento 1	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 2	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 3	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 4	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 5	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 6	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 7	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Ciclo de Mantenimiento 8	
Fecha de inicio: <input type="text"/> Modificación de dosis: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Describir: <input type="text"/>	
Ingreso en hospital durante este ciclo: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Motivo: <input type="text"/> Días de hospitalización: <input type="text"/>	
Toxicidades Durante los Ciclos de Mantenimiento	
Neutropenia < 1 x10 ⁹ /L: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Especificar ciclo(s): <input type="text"/>	
Otras citopenias: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Especificar citopenia(s) y ciclo(s): <input type="text"/>	
Infección/fiebre: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Especificar tipo(s) de infección(es) y ciclo(s): <input type="text"/>	
Otras toxicidades: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → Especificar tipo(s) de toxicidad(es) y ciclo(s): <input type="text"/>	
Muerte en mantenimiento: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> → fecha de muerte: <input type="text"/> Causa(s) de muerte: <input type="text"/>	
Aspirados de Médula Ósea realizados: 3 meses <input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 9 m <input type="checkbox"/> 12 m <input type="checkbox"/> 18 m <input type="checkbox"/> 24 m <input type="checkbox"/>	
Recaída en mantenimiento: No <input type="checkbox"/> Sí, molecular <input type="checkbox"/> Sí, hematológica <input type="checkbox"/> Sí, extra-hematológica <input type="checkbox"/>	
Fecha de recaída: <input type="text"/> RT-PCR: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No hecho <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/>	
Evaluaciones Función Cardíaca: previa al inicio del mantenimiento <input type="checkbox"/> a los 12 meses <input type="checkbox"/> 24 meses <input type="checkbox"/>	
Fecha evaluación 1: <input type="text"/> Método: ECO <input type="checkbox"/> MUGA <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Si anormal, describir <input type="text"/> FEVI <input type="text"/> %	
Fecha evaluación 1: <input type="text"/> Método: ECO <input type="checkbox"/> MUGA <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Si anormal, describir <input type="text"/> FEVI <input type="text"/> %	
Fecha evaluación 1: <input type="text"/> Método: ECO <input type="checkbox"/> MUGA <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Si anormal, describir <input type="text"/> FEVI <input type="text"/> %	
Comentarios	
<input type="text"/>	