Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE COLON

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

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

Diagnóstico: _____

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)

- ☐ Carcinoma colorrectal (CCR) localmente avanzado
- ☐ Carcinoma colorrectal (CCR) metastásico
- ☐ Monoterapia
- ☐ En combinación con quimioterapia citotóxica convencional clínicamente probada para CCR
- ☐ Otro: _____

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

- ☐ RAS
- ☐ BRAF
- ☐ MMR
- ☐ MSI
- ☐ Otro marcador molecular disponible: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

- ☐ FOLFOX
- ☐ CAPEOX
- ☐ FOLFORI
- ☐ FOLFIRI
- ☐ FOLFOXIRI
- ☐ 5-FU/LV
- ☐ Monoterapia (Capecitabina, Fluoropirimidinas)
- ☐ Radioterapia ...../...../.....
- ☐ Cirugía ...../...../.....
- ☐ Capecitabine
- ☐ Otro: _____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ONCOLÓGICO: CÁNCER DE COLON

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 N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____
Mail:_____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE CÁNCER DE COLON

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 colon, 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
- Ecografía
- Laboratorio
- TAC
- PET
- Resonancia magnética nuclear
- Centellograma
- Colonoscopía

• 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 colon, 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:

- Marcadores tumorales (en caso de corresponder)
- Ecografía
- Laboratorio
- TAC
- PET
- Resonancia magnética nuclear
- Centellograma
- Colonoscopía

• 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 colon, 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:

- Marcadores tumorales (en caso de corresponder)
- Ecografía
- Laboratorio
- TAC
- PET
- Resonancia magnética nuclear
- Centellograma
- Colonoscopía

• 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:_____

Un aporte bien hecho

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: _____
_____

Asimsimo 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.