

Datos del Afiliado			
Apellido y Nombre: <b>ABARCA NANCY DEL CARMEN</b>			
Beneficiario N°:Fecha de nacimiento:		<b>15081382180901</b>	<b>(20/01/1958)</b>
Apellido y Nombre del acompañante:			
Celular: ( ) 15 -		-	Teléfono: ( ) -
Email:			
Diagnóstico (obligatorio)			
Diagnóstico (CIE 10): <b>CANCER DE MAMA (C50)</b>			
Histopatológico: <b>Carcinoma invasor Lobulillar clasico (Luminal B)</b>			
Motivo			
Inicio <input type="checkbox"/> Renovación <input checked="" type="checkbox"/> Cambio de Toxicidad <input type="checkbox"/> Cambio por Progresión <input type="checkbox"/>			
ECOG Performance Status (0-4): <b>0</b>		Puntaje de Fragilidad (ver al dorso) <b>---</b>	
<b>Estadio actual: IV</b>		<b>Línea de tratamiento: 1° Linea</b>	
Fecha de Diagnóstico Inicial: <b>3/2022</b>		Estadio Inicial: <b>EIV</b>	
Ciclos:		Días:	
Antecedentes Quirúrgicos:			
Antecedentes Terapia Radiante:			
Informe Clínico Actual:			
<p><b>Paciente 65 años, con dco cancer de mama (Luminal B) Estadio IV (secundarismo oseo-pulmonar) en tto 1° linea con palbociclib + anastrozol + Ac Zoledronico, con buena tolerancia, realizo TC Torax, abd y pelvis 31/03/23 con enfermedad estable, y descenso de marcador tumoral, se indica continuar con igual tto.</b></p> <p><b>Estudios complemetarios:</b>                      Tc torax, abd y pelvis 31/03/23: comparo con previo 12/12/2022 sin cambios relevancia.                      Persiten estable lesiones osteoblasticas distribucion difusa esqueleto axial y apendicular.</p> <p><b>Laboratorio 17/02/23: Ca 15.3 33.28 u/ml (Previo 8/11/22 Ca 15.3 39.6 u/ml)</b></p>			
Datos positivos Laboratorio:			
Talla:	<b>157 Cm</b>	Peso:	<b>61 Kgrs</b>
		Sup. Corporal:	<b>1,6 M2</b>
Tratamiento			
Tipo: Adyuvante <input type="checkbox"/> Neoadyuvante <input type="checkbox"/> Avanzado <input checked="" type="checkbox"/>			
Esquema de tratamiento solicitado			
Druga/Genérico	Presentación	Dosis	N° Ciclos/Duración (días)
<b>PALBOCICLIB</b>	<b>125 Mg (Cap x 21)</b>	<b>125 Mg (vo) dia 1 a 21 c/ 28 dias</b>	<b>3 Ciclos / 28 dias</b>
<b>ANASTROZOL</b>	<b>1 Mg (cop x 28)</b>	<b>1 Mg (vo) dia</b>	<b>3 Ciclos / 28 dias</b>
<b>AC. ZOLEDRONICO</b>	<b>4 Mg (Vial)</b>	<b>4 Mg (Ev) dia 1 c/ 28 dias</b>	<b>3 Ciclos / 28 dias</b>

Datos del Médico (obligatorio)	
Apellido y Nombre:	<b>Lopez Piñero Fernando Daniel</b>
CUIL/CUIT (Obligatorio):	<b>20 - 29647407-0</b> - Provincia: <b>Chubut</b>
Especialidad:	<b>Oncologia Clinica</b> Matrícula: <b>MN 132.507 - MP 4680</b>
Celular: ( <b>011</b> ) 15 - <b>3929-7367</b> -	Teléfono: ( ) -
Email:	<b>drlopezpinero@hotmail.com</b>
Lugar y fecha: <b>Comodoro Rivadavia,17/04/2023</b> Firma y sello	

### CUESTIONARIO FRAIL PARA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

**Respuesta afirmativa = 1 punto**

**Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil**

COLOCAR PUNTAJE  
FINAL AL FRENTE.

¿Está usted cansado?\_ \_ \_ \_ \_

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?\_ \_ \_ \_ \_

¿Es incapaz de caminar una manzana?\_ \_ \_ \_ \_

¿Tiene más de cinco enfermedades?\_ \_ \_ \_ \_

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?\_ \_ \_ \_ \_

**Documentación respaldatorio a presentar en la agencia. (Debe ser informada al paciente)**

#### **A. INICIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Anatomía Patológica (-informe de la biopsia). Inmunohistoquímica y biología molecular (sólo si fue requerida por el médico tratante)

#### **B. RENOVACIÓN**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios (sólo si fue requerida por el médico tratante)

#### **C. CAMBIO DE TRATAMIENTO**

1. Formulario
2. Imágenes (sólo el informe)
3. Laboratorios
4. Nueva Anatomía Patológica (informe de la biopsia) sólo si fue requerida por el médico tratante)