



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Resumen de Historia Clínica LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: ..... DNI: ..... EDAD: .....  
NRO. AFILIADO: ..... SEXO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

### DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO: .....  
FECHA DE DIAGNÓSTICO: .....  
FASE AL DIAGNÓSTICO:    CRÓNICA     ACELERADA     CRISIS BLÁSTICA   
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: .....  
.....  
.....

### ESTADO ACTUAL

PESO: ..... TALLA: ..... SUPERFICIE CORPORAL: .....  
ESTADIFICACIÓN: ..... ESCALA: .....

### TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA	INF. DE SEGURIDAD*
1					
2					
3					
4					
5					
6					

\*Informar si existieron efectos adversos, adjuntando documentación respaldatoria.

### TRATAMIENTO INDICADO:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: .....  
DROGA/S: .....  
.....  
FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): .....  
.....  
FRECUENCIA DE APLICACIÓN: ..... DOSIS mg/m2: ..... DOSIS MENSUAL: .....  
TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO: .....  
OBSERVACIONES: .....  
.....  
.....  
.....

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Resumen de Historia Clínica LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)

**Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:**

- Resumen de Historia Clínica para enfermedades oncológicas: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Solicitud de tratamiento para medicamentos oncológicos, hematológicos y otros: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Biopsia de medula ósea.
- Estadificación.
- Si hubiera realizado: protocolo quirúrgico, protocolo de radioterapia y protocolo de quimioterapia (droga/dosis/ciclos).
- Determinación de marcadores hormonales o bioquímicos.
- Citometría de flujo, inmunofenotipo y genotipo (si correspondiera).
- Informes de diagnóstico por imágenes (TAC, RMN, centellograma, ecografía).
- Determinación cromosoma Filadelfia y/o GEN BCR-ABL .
- Mutación T315I (si correspondiera).

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante ..... Matrícula n°: .....

Fecha: / /