



## RESUMEN DE TRATAMIENTO

### PARA GESTIONAR AUTORIZACION DE PAGO EN FOFEMI

#### **PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Superficie corporal: \_\_\_\_\_

Instit. De origen: \_\_\_\_\_ Médico que refiere: \_\_\_\_\_

Instit.prestadora: \_\_\_\_\_ Médico tratante: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Leucemia aguda mieloblástica: FAB: \_\_\_\_\_

De Novo: \_\_\_\_\_ Secundaria a SMD: \_\_\_\_\_ Secundaria a SMPcr: \_\_\_\_\_

Citogenética: (Fecha y resultado del estudio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudios FISH: (Fecha y resultado del estudio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudios moleculares: (Fecha y resultado del estudio) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de VVC: \_\_\_\_\_

Tratamiento inducción: (Fecha, plan y dosis recibidas)

---

---

---

Tratamiento reinducción: (Fecha, plan y dosis recibidas)

---

---

---

Tratamiento consolidación: (Fecha, plan y dosis recibidas)

---

---

---

Respuesta al tratamiento: \_\_\_\_\_

---

---

Complicaciones infecciosas: \_\_\_\_\_

---

---

**\*Adjuntar historia clínica y estudios al diagnóstico y de la evaluación post-tratamiento.**