



Codi assignat a la sol·licitud

\_\_\_\_\_

Metge/essa especialista que fa la sol·licitud

Núm de col·legiat/ada\*

\_\_\_\_\_

Centre sanitari

Codi

\_\_\_\_\_

Servei / Unitat del centre sanitari

## Sol·licitud de tractament del limfoma no-Hodgkin amb interferó

### 1. Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

\_\_\_\_\_

Sexe

masculí  femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

\_\_\_\_\_

Núm. d'història clínica

\_\_\_\_\_

### 2. Dades del diagnòstic

2.1. Data del diagnòstic

\_\_\_\_\_

2.2. Anatomia patològica (*working formulation*)

2.3. Estat general (Escala ECOG 0/1/2/3/4)\*\*

2.4. Síntomes B

sí  no

2.5. Dades analítiques dels paràmetres següents:

VSG .....	plaquetes (x10 <sup>9</sup> /l) .....
hemoglobina (g/dl) .....	LDH (UI/l) .....
leucòcits (x10 <sup>9</sup> /l) .....	(valors normals: ..... a .....)
(bandes .....%, segmentats .....%	β-2 microgl. sèrica (mg/100) .....
limfòcits .....%, monòcits .....%	(valors normals: ..... a .....)
eosinòfils .....%, basòfils .....%	
cèl·lules limfomatoses ..... %)	

2.6. Adenopaties

no  sí

(Adenopaties > 10 cm)

sí  no

2.7. Hepatomegàlia

sí  no

Esplenomegàlia

sí  no

2.8. Biòpsia medul·lar

positiva  negativa  no practicada

2.9. Biòpsia hepàtica

positiva  negativa  no practicada

2.10. TAC toràcic

positiu  negatiu  no practicat

2.11. TAC abdominal

positiu  negatiu  no practicat

2.12. Estadi ANN ARBOR

\* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígitos.

\*\*\*Escala ECOG:

- 0 - malalt asimptomàtic
- 1 - molèsties que no impedeixen vida normal
- 2 - moltes molèsties, capaç, però, de cuidar-se ell mateix
- 3 - molèsties invalidants
- 4 - allit, li cal atenció continuada

### 3. Tractaments previs

3.1. Ha estat tractat/ada abans?

sí  no (en cas negatiu passeu a l'apartat 4)

3.2. Tipus de tractament/s (especifiqueu-los)

3.3. Resposta al tractament

Data

Remissió completa

\_\_\_\_\_

Remissió parcial

Estabilització de les lesions

Progressió de les lesions

### 4. Pauta terapèutica que es proposa

Especifiqueu el tractament, la dosi i el temps previst d'administració d'interferó

\_\_\_\_\_  
Signatura del metge/de la metgessa

\_\_\_\_\_  
Data

### Conclusions (que ha d'emplenar l'Administració)

Informe favorable

sí  no

\_\_\_\_\_  
Motius/observacions

\_\_\_\_\_  
Signatura dels membres del Consell assessor sobre la utilització terapèutica de l'interferó

\_\_\_\_\_  
Data