

Código de identificación del paciente: _____

DATOS DEMOGRAFICOS BASICOS

EDAD |_| |_| años

SEXO Hombre |_|
 Mujer |_|

ECOG (ver apéndice II) 0 |_| 1 |_| 2 |_| 3 |_| 4 |_|

FECHA DIAGNOSTICO L.A.L. |_|_|/ |_|_|/ |_|_|

ANTECEDENTES CLINICOS QUE CONSIDERE RELEVANTES

(Infección por VIH, VHB o VHC, diabetes, cardiopatía con manifestación clínica, etc)

Código de identificación del paciente: _____

DATOS AL DIAGNOSTICO

EXPLORACION FISICA

Hepatomegalia > 2 cm No | _ | Sí | _ |

Esplenomegalia > 2 cm No | _ | Sí | _ |

Adenopatías voluminosas (> 2 cm) No | _ | Sí | _ |

Masa mediastínica No | _ | Sí | _ |

Infiltración testicular No | _ | Sí | _ |

Infiltración SNC No | _ | Sí | _ |

Otros infiltrados No | _ | Sí | _ |

Especificar:

Infección inicial No | _ | Sí | _ |

Tipo:

ANALÍTICA BÁSICA

Hb | _ | | _ | | _ | g/L

Leucocitos | _ | | _ | | _ | x10⁹/L

Blastos | _ | | _ | | _ | x10⁹/L

Granulocitos | _ | | _ | x10⁹/L

Plaquetas | _ | | _ | | _ | x10⁹/L

Creatinina > 2 x límite máximo normalidad No | _ | Sí | _ |

Transaminasas > 2 x límite máximo normalidad No | _ | Sí | _ |

Bilirrubina > 2 x límite máximo normalidad No | _ | Sí | _ |

Uratos > 2 x límite máximo normalidad No | _ | Sí | _ |

LDH | _ | | _ | | _ | | _ | U/L

Albúmina | _ | | _ | . | _ | g/L

Código de identificación del paciente: _____

MEDULA OSEA

Blastos | _ | | _ | | _ | %

Morfología LAL₁ | _ |

LAL₂ | _ |

Fenotipo (ver apéndice para clasificación precisa)

B Inmadura | _ | (TdT pos, CD34 pos, CD10 neg, Cμ neg, Sig neg)

Común | _ | (TdT pos, CD34 +/-, CD10 pos, Cμ neg, Sig neg)

Pre-B | _ | (TdT pos, CD34 neg, CD10 pos, Cμ pos, Sig +/-)

B no especificada | _ | anotar datos disponibles:

T Pro-T | _ | (citCD3 pos, CD5 neg, CD1a neg, CD4-CD8 neg-neg)

Pre-T | _ | (citCD3 pos, CD5 pos, CD1a neg, CD4-CD8 simult)

Tímica cortical | _ | (citCD3 pos, CD5 pos, CD1a pos, CD4-CD8 no simult)

Tímica madura | _ | (citCD3 pos, CD5 pos, CD1a neg, CD4-CD8 no simult)

T no especificada | _ | anotar datos disponibles:

LAL con marcadores mieloides aberrantes No | _ | Sí | _ |

Citogenética

Nº metafases evaluadas | _ | | _ |

Normal No | _ | Sí | _ |

Patológica No | _ | Sí | _ |

Fórmula: _____

FISH / PCR

bcr/abl no | _ | si | _ | no estudiado | _ |

t(1;19) no | _ | si | _ | no estudiado | _ |

t(4;11) no | _ | si | _ | no estudiado | _ |

Otros (especificar):

Código de identificación del paciente: _____

TRATAMIENTO DE INDUCCION

Fecha inicio prefase |_|_|/|_|_|/|_|_|

Fecha inicio inducción |_|_|/|_|_|/|_|_|

Incidencias no |_| si |_|

 especificar

Blastos MO día +14 |_|_| %

Blastos MO día +35 |_|_| %

Fecha reevaluación |_|_|/|_|_|/|_|_|

Resultado Remisión completa |_|

Remisión parcial |_|

Sigue tratamiento no |_| si |_|

Resistencia absoluta |_|

Sigue tratamiento no |_| si |_|

Muerte en inducción |_|

Causa: toxicidad |_|

 infección |_|

 progresión |_|

TOXICIDAD

- Neutropenia (< 0,5x10⁹/L): Días |_|_|

- Trombocitopenia (<20x10⁹/L): Días |_|_|

- Extrahematológica: No |_|

 Sí |_|

En caso afirmativo cumplimentar copia de hoja 7.

Código de identificación del paciente: _____

MANTENIMIENTO

Fecha inicio |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

Fecha finalización |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

 Incidencias no |_| si |_|

 Fecha |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

 Especificar

 Fecha |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

 Especificar

Número de reinducciones durante el primer año |_|

 Incidencias no |_| si |_|

 Fecha |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

 Especificar

Reevaluación tras fin mantenimiento

 Resultado Remisión completa |_|

 Recaída |_|

 Muerte en mantenimiento |_|

 Causa: toxicidad |_|

 infección |_|

 recaída |_|

TOXICIDAD

- Neutropenia (< 0,5x10⁹/L): Días |_| |_|

- Trombocitopenia (<20x10⁹/L): Días |_| |_|

- Extrahematológica No |_|

 Sí |_|

En caso afirmativo cumplimentar copia de hoja 7.

Código de identificación del paciente: _____

Seguimiento

Fecha del último control | _ | | _ | / | _ | | _ | / | _ | | _ |

Primera remisión completa | _ |

Recaída | _ |

Fecha de recaída | _ | | _ | / | _ | | _ | / | _ | | _ |

Vivo en remisión completa | _ |

Vivo en recidiva | _ |

Especificar en progresión | _ |

en RC sucesiva | _ |

en tratamiento rescate | _ |

Muerto | _ |

Especificar causa

Toxicidad / infección | _ |

Progresión LAL | _ |

No relacionada | _ |

Código de identificación del paciente: _____

Toxicidad extrahematológica

Cumplimentar una copia de esta hoja para cada ciclo en el que se produzca toxicidad.

Ciclo

Inducción	_
Mantenimiento (1er año)	_
Mantenimiento (2º año)	_

Toxicidad Indicar en la casilla el grado según escala de la OMS (anexo IV).

Infección	_	especificar:
Mucositis/digestiva	_	
Hepática	_	
Renal	_	
Neurológica	_	
Cardiaca	_	
Otra (especificar tipo y grado):		