

Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRAFICOS BASICOS**

EDAD |\_|\_| años

SEXO        Hombre        |\_|  
              Mujer         |\_|

ECOG (ver apéndice)        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                      | \_ | | \_ | | \_ | x10<sup>9</sup>/L

Blastos                      | \_ | | \_ | | \_ | x10<sup>9</sup>/L

Granulocitos                      | \_ | | \_ | x10<sup>9</sup>/L

Plaquetas                      | \_ | | \_ | | \_ | x10<sup>9</sup>/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 LAL<sub>1</sub> | \_ |

LAL<sub>2</sub> | \_ |

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       |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Fase I	Incidencias	no  _  si  _
		especificar

Blastos MO día +14 |\_|\_| %

Fase II	Incidencias	no  _  si  _
		especificar

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 ( $< 0,5 \times 10^9/L$ ):           Días |\_|\_|- Trombocitopenia ( $< 20 \times 10^9/L$ ):       Días |\_|\_|

- Extrahematológica

no           |\_|

Sí           |\_| En caso afirmativo cumplimentar hoja 8.

Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**CONSOLIDACIONES**

Fecha consolidación 1 (MTX – L-ASA)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Fecha consolidación 2 (ARAC)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Fecha consolidación 3 (MTX – L-ASA)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Fecha consolidación 4 (ARAC)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Fecha consolidación 5 (MTX – L-ASA)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Fecha consolidación 6 (ARAC)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Incidencias no |\_| si |\_|

Número de ciclo |\_|

Especificar

Reevaluación tras consolidaciones

Resultado	Remisión completa	_
	Recaída	_
	Muerte en consolidación	_
	Causa: toxicidad	_
	infección	_
	recaída	_

**TOXICIDAD**

- Neutropenia (< 0,5x10<sup>9</sup>/L): Días |\_|\_|

- Trombocitopenia (<20x10<sup>9</sup>/L): Dias |\_|\_|

- Extrahematológica

no |\_|

Sí |\_| En caso afirmativo cumplimentar hoja 8.

Código de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

**MANTENIMIENTO**

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

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

Incidencias   no |\_| si |\_|

Fecha   |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Especificar

Fecha   |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Especificar

Fecha   |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|

Especificar

Reevaluación tras fin mantenimiento

Resultado           Remisión completa           |\_|

Recaída           |\_|

Muerte en mantenimiento   |\_|

Causa: toxicidad       |\_|

infección           |\_|

recaída   |\_|

**TOXICIDAD**

- Neutropenia (< 0,5x10<sup>9</sup>/L):       Días |\_|\_|

- Trombocitopenia (<20x10<sup>9</sup>/L):   Días |\_|\_|

- Extrahematológica: no       |\_|

Sí       |\_| En caso afirmativo cumplimentar hoja 8.

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 exista toxicidad extrahematológica.

**Ciclo**

<b>Inducción I</b>	_		
<b>Inducción II</b>	_		
<b>Consolidación</b>	_	Ciclo (1-6)	_
<b>Mantenimiento</b>	_		

**Toxicidad** (indicar en la casilla el grado según escala de la OMS) (anexo 8)

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