

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 | _ |

Infiltración testicular No | _ | Sí | _ |

Infiltración SNC No | _ | Sí | _ |

Otros infiltrados No | _ | Sí | _ |

Infección inicial No | _ | Sí | _ |

Especificar:

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:

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

Citogenética

Nº metafases evaluadas | _ | | _ |

t(9;22) No | _ | Sí | _ |

Fórmula si otras alteraciones

además de t(9;22): _____

PCR

Ratio bcr/abl/control | _ | | _ | | _ | | _ | (en sangre periférica)

 Control Abl | _ |

 Control Gus | _ |

 no estudiado | _ |

Isoforma mutación _____

(Solo imprescindible si resistencia a imatinib en algún momento de la evolución):

Código de identificación del paciente: _____

TRATAMIENTO DE INDUCCION

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

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

Incidencias no |_| si |_| especificar

Inhibidor tirosinasa

Imatinib 400 mg |_|

Imatinib 300 mg |_| Fecha reducción |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

Dasatinib 70 mg |_| Fecha cambio |_| |_| / |_| |_| / |_| |_|

Resultado inducción

Blastos MO día +14 |_| |_| % (Morfología)

Ratio bcr/abl/control día +14 |_| |_| |_| |_| (en sangre periférica)

Blastos MO día +35 |_| |_| % (Morfología)

Ratio bcr/abl/control día +35 |_| |_| |_| |_| (en sangre periférica)

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

Remisión completa molecular |_|

Remisión completa citogenética |_|

Remisión completa citológica |_|

Resistencia |_|

 Inicia dasatinib no |_| si |_|

Muerte en inducción |_|

Causa muerte: toxicidad |_|

 infección |_|

 progresión |_|

TOXICIDAD

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

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

- Extrahematológica: No |_|

 Sí |_|

En caso afirmativo cumplimentar hoja 7.

Código de identificación del paciente: _____

Código de identificación del paciente: _____

MANTENIMIENTO

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

Ratio bcr/abl/control inicio mantenimiento |_|_| |_|_| (en sangre periférica)

Ratio bcr/abl/control 1 año mantenimiento |_|_| |_|_| (en sangre periférica)

Ratio bcr/abl/control 2 años mantenimiento |_|_| |_|_| (en sangre periférica)

Ratio bcr/abl/control final tratamiento |_|_| |_|_| (en sangre periférica)

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

Si incidencias cumplimentar hoja 7

Número de reinducciones durante el primer año |_|_|

Si incidencias cumplimentar hoja 7

Se realiza TPH : Sí |_|_| No |_|_| Fecha TPH |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|

Inhibidor tirosín-quinasa

Imatinib 400 mg |_|_|

Imatinib 300 mg |_|_| Fecha reducción |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|

Dasatinib 70 mg |_|_| Fecha cambio |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|

Causa cambio: intolerancia |_|_|

Resistencia |_|_|

Reevaluación tras fin mantenimiento

Resultado Remisión completa molecular |_|_|

Remisión completa citogenética |_|_|

Remisión completa citológica |_|_|

Recaída |_|_|

Muerte durante mantenimiento |_|_|

Causa: toxicidad |_|_|, infección |_|_|, recaída |_|_|

Toxicidad mantenimiento

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

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

- Extrahematológica : No |_|_|

Sí |_|_|

En caso afirmativo cumplimentar hoja 7.

Código de identificación del paciente: _____

Seguimiento

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

Vivo en remisión completa molecular | _ |

Vivo en remisión completa citogenética | _ |

Vivo en remisión completa citológica | _ |

Ratio bcr/abl/control último control | _ | | _ | | _ | | _ | (en sangre periférica)

Recaída | _ |

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

Vivo en recidiva | _ |

Especificar en progresión | _ |

en RC sucesiva | _ |

en tratamiento rescate | _ |

Muerto | _ |

Especificar causa

Toxicidad / infección | _ |

Progresión LAL | _ |

No relacionada | _ |

Fecha de muerte | _ | | _ | / | _ | | _ | / | _ | | _ |

Código de identificación del paciente: _____

Toxicidad extrahematológica

Cumplimentar una copia de esta hoja para cada fase del tratamiento en que se produzca toxicidad extrahematológica.

Fase de tratamiento

Inducción	_
Primer año mantenimiento	_
Segundo año mantenimiento	_
Tercer año mantenimiento	_

Toxicidad.

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

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