



# Datos de filiación

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente			
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>		Nº de historia: <input type="text"/>	
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre: <input type="text"/>			
Nº registro: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>	Fecha de nacimiento: <input type="text"/>	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Nº historia: <input type="text"/>			
DATOS DEL CENTRO			
Hospital: <input type="text"/>			
Dirección: <input type="text"/>			
Teléfono: <input type="text"/>		Fax: <input type="text"/>	
Médico responsable: <input type="text"/>			
E-mail: <input type="text"/>			
Fecha diagnóstico LAL: <input type="text"/>			

## **NOTA MUY IMPORTANTE**

Enviar esta hoja en el momento del diagnóstico de LAL a:

Olga García: [olga.garcia@pethema.es](mailto:olga.garcia@pethema.es) o Mireia Morgades: [mmorgades@iconcologia.net](mailto:mmorgades@iconcologia.net)



# Datos de LAL

## Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente				
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>			Nº de historia: <input type="text"/>	
CLINICA INICIAL				
<input type="text"/>				
EXPLORACIÓN FÍSICA				
Peso: <input type="text"/> kg	Talla: <input type="text"/> cm	Superficie corporal: <input type="text"/> m <sup>2</sup>	Esplenomegalia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ECOG: <input type="text"/>	Adenopatías: <input type="text"/> cm	Masa mediastínica: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Testes: Normal <input type="checkbox"/> Infiltrados <input type="checkbox"/>	
Otros infiltrados (especificar): <input type="text"/>				
Infección inicial: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: <input type="text"/>				
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS				
Hemograma Hb: <input type="text"/> g/dL Leucocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L Blastos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L Granulocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L				
Estudio coagulación Plaquetas: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L Coagulopatía: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Bioquímica sérica Insuficiencia renal (Creat>2xUNL): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Uratos: <input type="text"/> g/L				
Hepatopatía (ALT>2xUNL): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
LDH: <input type="text"/> U/L	Bilirrubina: <input type="text"/> mg/dL	Albúmina: <input type="text"/> g/L	G.globulinas: <input type="text"/> g/L	
RX tórax: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/>				
ECG: Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/>				
Eco. Abdominal: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>				
TC abdominal: Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>				
Fondo de ojo: Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/>				
LCR: Normal <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/>				
Células <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L				
Médula ósea: Blastos: <input type="text"/> %				
Diagnóstico citológico: : LAL <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> LAL <sub>2</sub> <input type="checkbox"/>				
ESTUDIO INMUNOFENOTÍPICO				
CD19: <input type="text"/> %	CD20: <input type="text"/> %	CD22: <input type="text"/> %	CD10: <input type="text"/> %	μ intracitoplásmicas: <input type="text"/> %
cCD3: <input type="text"/> %	CD7: <input type="text"/> %	CD2: <input type="text"/> %	CD5: <input type="text"/> %	mCD3: <input type="text"/> %
CD1: <input type="text"/> %	TdT: <input type="text"/> %	HLA-DR: <input type="text"/> %	CD13: <input type="text"/> %	CD14: <input type="text"/> %
CD15: <input type="text"/> %	Anti MPO: <input type="text"/> %	CD33: <input type="text"/> %	CD34: <input type="text"/> %	



Identificación del Paciente	
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>	Nº de historia: <input type="text"/>
FENOTIPO INMUNOLÓGICO	
Pro-B <input type="checkbox"/> B común <input type="checkbox"/> Pre-B <input type="checkbox"/> B maduras <input type="checkbox"/> Pro-T <input type="checkbox"/> Pre-T <input type="checkbox"/> Tímica cortical <input type="checkbox"/> Tímica madura <input type="checkbox"/>	
LAL con marcadores mieloides Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
CITOGENÉTICA	
Nº metafases evaluadas: <input type="text"/>	Normal <input type="checkbox"/> Patológica <input type="checkbox"/>
Fórmula: <input type="text"/>	
Cariotipo: t(9;22) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> t(1;19) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> t(4;11) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trisomía 13 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
bcr/abl: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estudiado <input type="checkbox"/>	
Otras anomalías estructurales: <input type="text"/>	



# Inducción

## Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente				
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>			Nº de historia: <input type="text"/>	
TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN				
Fecha de inicio: <input type="text"/>				
Blastos s.p (+8): <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L			Blastos m.o (+14): <input type="text"/> %	
Día +35: Hb: <input type="text"/> g/dL Leucocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L Plaquetas: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L				
<b>Resultado:</b> Fecha <input type="text"/>				
Remisión completa <input type="checkbox"/> No remisión <input type="checkbox"/> → Blastos: <input type="text"/> %				
Muerte en inducción <input type="checkbox"/> Causa: <input type="text"/>				
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)				
Neutropenia (<0,5x10 <sup>9</sup> /L) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Días: <input type="text"/>				
Trombocitopenia (<20x10 <sup>9</sup> /L) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Días: <input type="text"/>				
Administración G-CSF Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Días: <input type="text"/>				
Hepática: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>				
Renal: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>				
Neurológica: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>				
Hispersensibilidad: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>				
Otras: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>				
<b>INFECCIONES</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>				
Germen (es) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>				
SOPORTE HEMOTERÁPICO (unidades)				
Conc.Htes <input type="text"/>	Plaquetas <input type="text"/>	Plasma <input type="text"/>	Concentrado de fibrinógeno <input type="text"/>	Concentrado ATIII <input type="text"/>
INTERRUPCIÓN QUIMIOTERAPIA				
Interrupción quimioterapia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Fechas: <input type="text"/> al <input type="text"/>				
Causa: <input type="text"/>				
EVALUACIÓN ENFERMEDAD RESIDUAL				
ER: <input type="text"/> %				



# Consolidación-1

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente			
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>		Nº de historia: <input type="text"/>	
TRATAMIENTO DE CONSOLIDACIÓN 1			
Fecha de inicio: <input type="text"/>		Fecha final: <input type="text"/>	
Hb: <input type="text"/> g/dL	Leucocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L	Granulocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L	Plaquetas: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L
Dosis modificada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="text"/>	
Neutropenia (<0,5x10 <sup>9</sup> /L)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
Trombocitopenia (<20x10 <sup>9</sup> /L)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
Administración G-CSF	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Otras:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
<b>INFECCIONES</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	
Días fiebre (>38°C)	<input type="text"/>		



## Consolidación-2

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente			
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>		Nº de historia: <input type="text"/>	
TRATAMIENTO DE CONSOLIDACIÓN 2			
Fecha de inicio: <input type="text"/>		Fecha final: <input type="text"/>	
Hb: <input type="text"/> g/dL	Leucocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L	Granulocitos: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L	Plaquetas: <input type="text"/> x10 <sup>9</sup> /L
Dosis modificada	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Causa: <input type="text"/>	
Neutropenia (<0,5x10 <sup>9</sup> /L)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
Trombocitopenia (<20x10 <sup>9</sup> /L)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
Administración G-CSF	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Días: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
Otras:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar grado: <input type="text"/>	
<b>INFECCIONES</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	
Días fiebre (>38°C)	<input type="text"/>		
EVALUACIÓN DE LA ER (post CONSOLIDACIÓN)			
ER:	<input type="text"/> %		



# Mantenimiento-1

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente			
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>	Nº de historia: <input type="text"/>		
Datos MANTENIMIENTO-1			
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>		
Dosis de MP (mg): <input type="text"/>	Dosis de MTX (mg): <input type="text"/>		
Modificación dosis de MP o MTX: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="text"/> (%) Causa: <input type="text"/>			
Infecciones: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: <input type="text"/>			
Toxicidad (especificar): <input type="text"/>			
1ª REINDUCCIÓN			
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>		
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>		
Dosis retrasada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>		
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
<b>INFECCIONES</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>		
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	Días fiebre (>38°C)	<input type="text"/>
2ª REINDUCCIÓN			
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>		
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>		
Dosis retrasada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>		
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>		
<b>INFECCIONES</b>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>		
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>	Días fiebre (>38°C)	<input type="text"/>



Identificación del Paciente			
Iniciales (Nombre, Apellidos):	Nº de historia:		
3ª REINDUCCIÓN			
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:		
Hemoglobina (g/dL):	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L):	Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L):	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L):
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa:			
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa:			
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
INFECCIONES			
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo:	Días fiebre (>38°C)	
4ª REINDUCCIÓN			
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:		
Hemoglobina (g/dL):	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L):	Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L):	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L):
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa:			
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa:			
TOXICIDAD (indicar grado según escala de la OMS)			
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado:		
INFECCIONES			
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo:	Días fiebre (>38°C)	
EVALUACIÓN DE LA ER (finalizada 4ª reinducción): %			
Acciones a seguir (marcar la que se realizará)			
<input type="checkbox"/> Si ER<0.01% -> pasa a Mantenimiento 2			
<input type="checkbox"/> Si 0.01%<ER<0.05% -> pasa a reinducciones 5 a 8			
<input type="checkbox"/> Si ER>0.05% -> pasa a protocolo LAL-AR-03			





Identificación del Paciente	
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>	Nº de historia: <input type="text"/>
5ª REINDUCCIÓN	
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala OMS)	
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
INFECCIONES	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>
Días fiebre (>38°C) <input type="text"/>	
6ª REINDUCCIÓN	
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala OMS)	
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
INFECCIONES	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>
Días fiebre (>38°C) <input type="text"/>	



Identificación del Paciente	
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>	Nº de historia: <input type="text"/>
7ª REINDUCCIÓN	
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala OMS)	
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
INFECCIONES	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>
Días fiebre (>38°C) <input type="text"/>	
8ª REINDUCCIÓN	
Fecha de inicio: <input type="text"/>	Fecha de finalización: <input type="text"/>
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Granulocitos (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>	Plaquetas (x10 <sup>9</sup> /L): <input type="text"/>
Dosis modificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
Dosis retrasada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar causa: <input type="text"/>	
TOXICIDAD (indicar grado según escala OMS)	
Hepática:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Renal:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Neurológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Mucosas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Digestiva:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
Hipersensibilidad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar grado: <input type="text"/>
INFECCIONES	
Germen (es)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> si Sí, especificar tipo: <input type="text"/>
Días fiebre (>38°C) <input type="text"/>	



## Mantenimiento-2

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Datos MANTENIMIENTO-2	
Fecha de inicio: [ ]	Fecha de finalización: [ ]
Dosis de MP (mg): [ ]	Dosis de MTX (mg): [ ]
Modificación dosis de MP o MTX: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> [ ] (%) Causa: [ ]	
Infecciones: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: [ ]	
Toxicidad (especificar): [ ]	
EVALUACIÓN DE LA ER (finalizado Mantenimiento-2): [ ] %	
Acciones a seguir (marcar la que se realizará)	
<input type="checkbox"/> Si $ER < 0.01\%$ -> Seguimiento	
<input type="checkbox"/> Si $ER > 0.01\%$ -> pasa a protocolo LAL-AR-03	



# Evaluación semestral

Protocolo PETHEMA LAL-RI-08

Pulsar la tecla Tab para pasar de un campo a otro. Marcar la(s) opción(es) correcta(s) con un clic en los campos

Identificación del Paciente		
Iniciales (Nombre, Apellidos): <input type="text"/>	Nº de historia: <input type="text"/>	
FECHA FINALIZACIÓN TRATAMIENTO: <input type="text"/>		
6 MESES DESDE FIN DE TRATAMIENTO		
Fecha: <input type="text"/>	Estado clínico: <input type="text"/>	
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>	Plaquetas ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>
12 MESES DESDE FIN DE TRATAMIENTO		
Fecha: <input type="text"/>	Estado clínico: <input type="text"/>	
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>	Plaquetas ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>
18 MESES DESDE FIN DE TRATAMIENTO		
Fecha: <input type="text"/>	Estado clínico: <input type="text"/>	
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>	Plaquetas ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>
24 MESES DESDE FIN DE TRATAMIENTO		
Fecha: <input type="text"/>	Estado clínico: <input type="text"/>	
Hemoglobina (g/dL): <input type="text"/>	Leucocitos ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>	Plaquetas ( $\times 10^9/L$ ): <input type="text"/>
EVALUACIÓN DE LA ER (24 meses desde fin de tratamiento): <input type="text"/> %		
SEGUIMIENTO		
ESTADO ACTUAL: Fecha de último control: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Vivo en RC <input type="checkbox"/> Vivo en recaída <input type="checkbox"/> Perdido de control <input type="checkbox"/> Exitus		
Si recaída Fecha de recaída: <input type="text"/>		
Si exitus Fecha de exitus: <input type="text"/> Causa de exitus: <input type="text"/>		
Comentarios		
<div style="border: 1px solid gray; height: 100px; width: 100%;"></div>		