



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
PARA LA LUCHA CONTRA
LA LEUCEMIA

Hoja de recogida de datos para Solicitud de Ayuda Fundacional

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE	DATOS
Nombre y dos apellidos	
Fecha Nacimiento	
Profesión	
Nombre del padre completo	
Profesión del padre	
Ingresos anuales del padre	
Nombre Completo de la madre	
Profesión de la madre	
Ingresos anuales de la madre	
Dirección del domicilio familiar	
Ciudad	
País	
Teléfono	
Fax	
Dirección de correo electrónico (email)	

MEDIOS ECONÓMICOS PARA VIVIR EN ESPAÑA	DATOS
¿Tiene donde vivir en España?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene familiares en España?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<i>Si tiene familiares en España, por favor rellene los siguientes datos:</i>	
Nombre(s)	
Lugar de residencia	
Teléfono(s)	
* No olvide adjuntar copia declaración anual de Ingresos e impuestos , es imprescindible *	

CENTRO DE TRATAMIENTO	DATOS
Nombre:	
Domicilio	
Ciudad	
País	
Nombre del médico responsable del paciente	
Teléfono/ Fax	
Dirección de correo electrónico (email)	
Motivo de Traslado (Propuesta de Tratamiento)	

DATOS CLAVE

DIAGNOSTICO		DATOS	
Diagnóstico			
Fecha (día/mes/año)			
Peso (Kg.)			
Talla (cm.)			
Superficie corporal (m ²)			
Alergias, enfermedades previas no hematológicas graves o actuales (malaria, parasitosis, etc.)			
Características clínicas al diagnóstico			
Síntomas de comienzo			
Presencia de adenopatías (tamaño y territorios)			
Hepato-esplenomegalia (tamaño)			
Afectación del SNC			
Otros (mediastino, testículo)			
Características biológicas al diagnóstico			
Leucocitos	% blástos	Hb	Plaquetas
Bilirrubin a total	ALT	AST	FA
Urea	Creatinina	Na+	K+
Proteínas Totales	Alb	Igs	
Grupo sanguíneo	Rh	Test de Coombs directo	
Serologías			
VHB	VHC	VIH 1 y 2	CMV
VEB	VHS 1 y 2	Lues	Toxoplasma
Aspirado Médula Ósea			
Citomorfología			
Citoquímica (peroxidasas, PAS, esterasas)			
INMUNOFENOTIPO			
CITOGENÉTICA (Metafases analizadas y alteraciones)			
Cromosoma Ph+(t(9;22))	t(4;11)	Inv 16	t(8;21)
Otras alteraciones: 5, 7, 8			
Biología Molecular: BCR/ABL	MLL	TEL-AML1	
Estudios de Imagen (opcionales)			
RX de Torax			
TC torax – abdomen / Eco Abdominal			
TAC Craneal			

TRATAMIENTO			DATOS		
Inducción					
¿Se ha realizado la Inducción?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fecha de inicio de la Inducción					
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fecha de Medulograma					
Resultado de Medulograma			<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> Fracaso
% blastos.-					
Consolidación					
¿Se ha realizado la Consolidación?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fecha de inicio de la Consolidación					
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fecha de Medulograma					
Resultado de Medulograma			<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> Fracaso
% blastos					
Intensificación					
¿Se ha realizado la Intensificación?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fecha de inicio de la Intensificación					
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fecha de Medulograma					
Resultado de Medulograma			<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> Fracaso
% blastos					
Mantenimiento					
¿Se ha realizado la Mantenimiento?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fecha de inicio de la Mantenimiento					
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fármaco		mg/m2/día		nº días	
Fecha de Medulograma					
Resultado de Medulograma			<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> Fracaso
% blastos					

Profilaxis del SNC (fechas y dosis RT o nº total de QT intratecal)

DETALLES DE EVOLUCIÓN	DATOS
Respuesta a la quimioterapia (¿Cuanto tiempo tardó en alcanzar la RC tras el inicio del tratamiento?)	
%Blástos Sang. Periférica día +8	
% Blástos M.O día +14	
% Blastos en M.O día +35	
Toxicidades más relevantes (infecciones fúngicas, I.Cardíaca o renal, SNC, etc.)	
Necesidades transfusionales	
Concentrado hematíes	
Concentrados de plaquetas	
¿REFRACTARIEDAD A LA TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS?	

RECAIDAS (si han existido)		DATOS	
Características clínicas 1ª recaída			
Fecha			
Medular			
Extramedular			
Presencia de adenopatías (tamaño y territorios)			
Visceromegalias (tamaño)			
Afectación del SNC			
Características biológicas en la 1ª recaída			
Leucocitos	% blástos	Hb	Plaquetas
Bilirrubin a total	ALT	AST	FA
Urea	Creatinina	Na+	Ca+
Serologías			
VHB	VHC	VIH 1 y 2	CMV
VEB	VHS 1 y 2	Lues	Toxoplasma
Tratamiento de la 1ª recaída			
¿Se ha realizado el Tratamiento de rescate?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fecha de inicio de la Tratamiento de rescate			
Esquema			
Fármaco	mg/m2/día	nº días	
Fármaco	mg/m2/día	nº días	
Fármaco	mg/m2/día	nº días	
Fármaco	mg/m2/día	nº días	
Fecha de Medulograma			
Resultado de Medulograma		<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> Fracaso
% blastos			
Toxicidades más relevantes (infecciones fúngicas, I.Cardíaca o renal, SNC, etc)			
% blastos			
Necesidades transfusionales			
Concentrado hematíes			
Concentrados de plaquetas			
¿ REFRACTARIEDAD A LA TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS?			
Evolución Posterior			
¿Han existido más recaídas?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tipo		<input type="checkbox"/> Medular	<input type="checkbox"/> Extramedular
Extramedular			
En caso afirmativo hacer fotocopias de esta hoja y volver a rellenar los datos de la segunda recaída, clínicos, biológicos, tratamiento y resultados.			

SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE				DATOS			
Situación				<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> Progresión	
Fecha último Aspirado Médula ósea realizado							
% de blástos							
Citomorfología							
Citoquímica (peroxidasas, PAS, esterasas)							
INMUNOFENOTIPO							
CITOGÉNÉTICA (Metafases analizadas y alteraciones)							
Cromosoma Ph+(t(9;22))	t(4;11)	Inv 16		t(8;21)	t(15;17)		
Otras alteraciones:5, 7, 8							
Biología Molecular: BCR/ABL		MLL		TEL-AML1			

FAMILIA				DATOS			
Tiene algún hermano HLA-compatible				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Lugar realización estudio HLA							
Fecha realización estudio HLA							
Número de hermanos							
Nombre		Edad		Sexo			
Nombre		Edad		Sexo			
Nombre		Edad		Sexo			
Nombre		Edad		Sexo			
Nombre		Edad		Sexo			
Nombre		Edad		Sexo			

INFORMES PSIQUIATRICOS		DATOS	
Paciente			
Madre del Paciente			

FECHA ULTIMA MENSTRUACION		DATOS	
Paciente			
Madre del Paciente			

COMENTARIOS ADICIONALES DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Es muy importante notificar cualquier aspecto relevante físico o psicológico que el médico considere que puede afectar al trasplante

Firmado: Dr.

Fecha: