

**Nibclus® - Ponatinib**
**FORMULARIO REGISTRO DE PACIENTES**

Nombre/s y apellido/s del paciente:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Edad: _____		
Diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en fase crónica (FC) con resistencia o intolerancia a al menos dos inhibidores de la quinasa previos.		
<input type="checkbox"/> Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en fase acelerada (FA) o fase blástica (FB) para los cuales no está indicado ningún otro inhibidor de la quinasa.		
<input type="checkbox"/> Leucemia Linfoblástica Aguda positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph+ LLA), para los cuales no está indicado ningún otro inhibidor de la quinasa.		
<input type="checkbox"/> LMC T315I+ (en sus fases crónica acelerada o blástica)		
<input type="checkbox"/> Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) Ph+ T315I+		
<input type="checkbox"/> Otro: Especifique _____		
Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____		
<b>Análisis previos al inicio del tratamiento</b> (Marque si los ha realizado)		
<input type="checkbox"/> Hemograma con recuento y fórmula completo previo al inicio del tratamiento:		
<input type="checkbox"/> Hematócrito		
<input type="checkbox"/> Leucocitos		
<input type="checkbox"/> Plaquetas		
<input type="checkbox"/> Citogenético		
<input type="checkbox"/> Molecular		
<input type="checkbox"/> Mutaciones (si corresponde)		
-ECG basal		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
-Hepatograma basal		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
-Prueba de detección infección por VHB		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

-Prueba de embarazo en caso de mujer en edad fértil

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Positivo  Negativo

**Antecedentes de:**

-Insuficiencia renal:

- No
- Leve
- Moderada
- Severa

-Insuficiencia hepática:

- No
- Leve
- Moderada
- Severa

-Síndrome del QT largo congénito, bradiarritmias, uso de fármacos que prolongan el intervalo QT, incluidos los antiarrítmicos de clase Ia y III.

Sí  No

- IAM
- cardiopatía isquémica
- ACV o AIT
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Hiperlipidemia
- Hipertrigliceridemia

-Lactancia:

Sí  No

**Comorbilidades y medicación concomitante** (nombre genérico, dosis, fecha de comienzo y fin)

**Uso de Nibclus (ponatinib)**

Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dosificación:

Fecha de firma de Consentimiento Informado: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Entrega de Guía para el paciente o su cuidador

Médico tratante:

Institución:

Teléfono

E-mail: