

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

CÓDIGO PROTOCOLO DE ENSAYO CLÍNICO:

LDCGB/05

Tratamiento de primera línea del linfoma difuso de célula grande B (LDCGB) con quimioterapia a dosis densas e inmunoterapia (R-CHOP/14) en pacientes mayores de 65 años, y en menores de 65 años de riesgo bajo

Promotor: **GEL/TAMO**

CRO: **Harrison Clinical Research Ibérica S.L.**

Código Estudio: **LDCGB/05** **Fecha:** |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Número de paciente |_|_|-|_|_|

INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SELECCIÓN

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha del consentimiento informado |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

DATOS DEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Altura |_|_|_| cm

Peso |_|_|_|, |_| Kg

Sexo Hombre Mujer

HISTORIA MÉDICA SIGNIFICATIVA Sí No

Especificar	Fecha de inicio	Fecha de fin	Continúa
	_ - _ - _ _ _	_ - _ - _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	_ - _ - _ _ _	_ - _ - _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	_ - _ - _ _ _	_ - _ - _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	_ - _ - _ _ _	_ - _ - _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	_ - _ - _ _ _	_ - _ - _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

RECUERDE ESPECIFICAR LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA PÁGINA CORRESPONDIENTE

DATOS HISTOLÓGICOS

LDCGB Sí No

Expresión de CD20 Sí No

Fecha del diagnóstico del LDCGB |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Biopsia (tejido) _____ (Resultado)

Muestra congelada Sí No

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SELECCIÓN

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Fecha		Detallar si Positivo
PET/Scan	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Gammagrafia	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

ENFERMEDAD VOLUMINOSA Si No (> 10 cm ó >1/3 mediastino)

Localización masa	
Localización masa	
Localización masa	

AFECTACIÓN EXTRANODAL Si No **Nº localizaciones extranodales:** _____

Hígado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Médula ósea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anillo Waldeyer	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Riñon	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Bazo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Piel	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SNC	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros:	

ESTADÍO ANN ARBOR	
<input type="checkbox"/>	I
<input type="checkbox"/>	II
<input type="checkbox"/>	III
<input type="checkbox"/>	IV

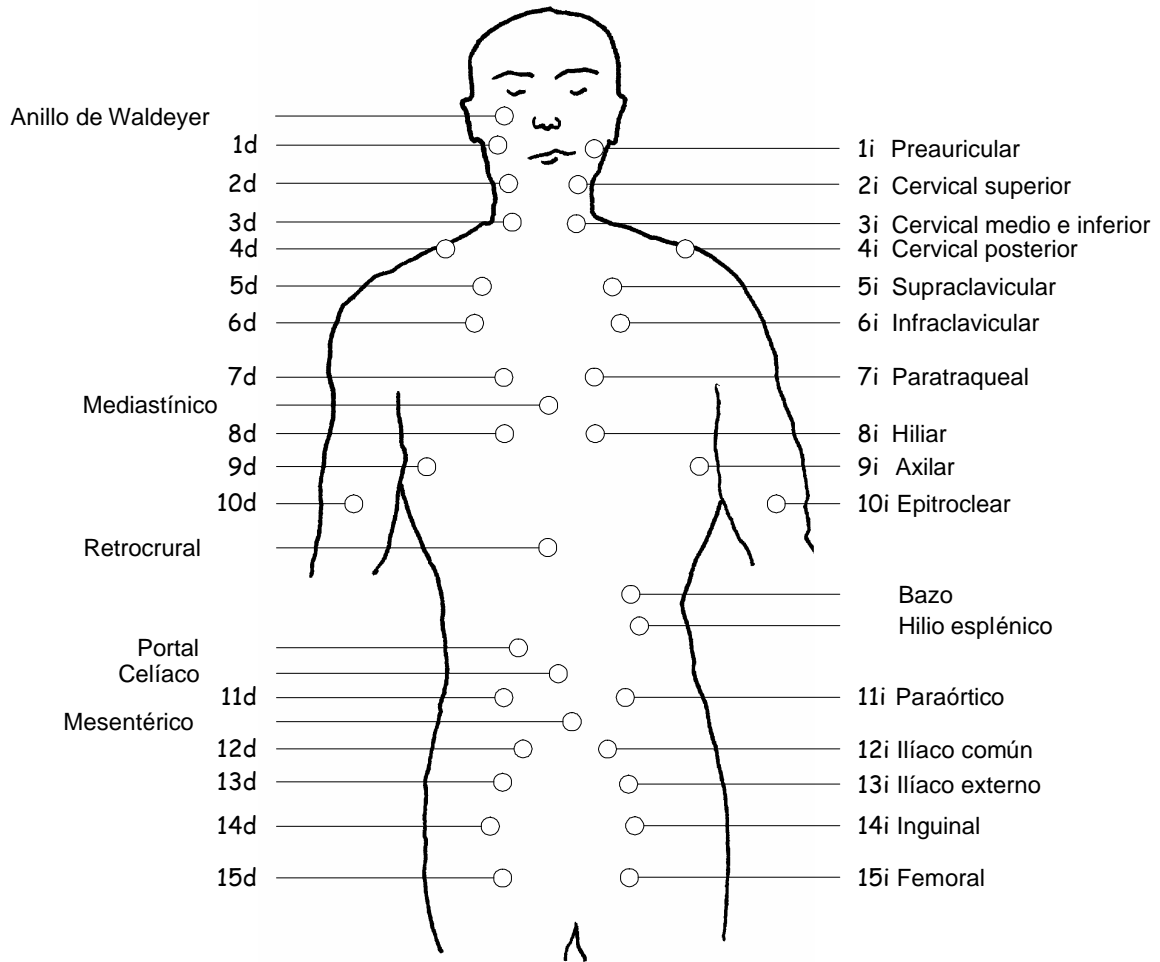
SÍNTOMAS	
<input type="checkbox"/>	A
<input type="checkbox"/>	B

ECOG	
<input type="checkbox"/>	0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/>	1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/>	2. Se vale por si mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/>	3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/>	4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	5. Muerto

VISITA: SELECCIÓN

AFECTACIÓN NODAL (marcar los nódulos afectados)

Nº localizaciones _____



Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SELECCIÓN

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
VSG	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Pruebas de función hepática	Significativo	En caso afirmativo, especificar		
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
GGT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fosfatasa alcalinas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bioquímica	Significativo	En caso afirmativo, especificar		
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Urea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ácido úrico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Sodio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Potasio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Calcio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Glucemia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Proteinograma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Determinación IgG	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Determinación IgA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Proteína C reactiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
Proteínas totales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
Albúmina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ _ , _
Virología				
Anticuerpos HIV	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>			
Hepatitis B	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>			
Hepatitis C	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>			
Test de embarazo	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No Procede <input type="checkbox"/>			

Electrocardiograma	Fecha _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ _
	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar si anormal:
Fracción de eyección cardiaca (sólo para pacientes con insuficiencia cardiaca)	Fecha _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ _ No Procede <input type="checkbox"/>
	Resultado _ _ _ , _ %

Código Estudio: LDCGB/05**Número de Paciente:** |_|_| - |_|_|**VISITA: SELECCIÓN****ÍNDICE PRONÓSTICO INTERNACIONAL**

edad >60 años; LDH en suero >1 x normal; Estado general 2-4; Afectación extranodal >1 sitio; Estadíos III ó IV

 Riesgo BAJO (0,1) Riesgo BAJO MEDIO (2) Riesgo ALTO MEDIO (3) Riesgo ALTO (4 ó 5)**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Paciente diagnosticado de LDCGB no localizado (el linfoma no entra en un solo campo de radioterapia, Criterios de Aisenberg)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paciente de 18 a 65 años con IPI bajo o intermedio-bajo (0-2), o mayor de 65 años con cualquier IPI	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Positividad de los linfocitos B neoplásicos para el CD20	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Puntuación en la escala funcional ECOG de 0 a 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Consentimiento informado por escrito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente con linfoma del SNC	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paciente con deterioro grave de la función renal (creatinina > 2,5 UNL) o hepática (bilirrubina o ALT/AST > 2,5 UNL), excepto si se sospecha que se debe a la propia enfermedad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Resultado positivo documentado para la infección por el VIH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paciente previamente tratados de LDCGB	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección < 40%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paciente con enfermedad psiquiátrica grave que pueda interferir con su habilidad para entender el estudio (incluyendo alcoholismo o drogadicción)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Paciente con hipersensibilidad conocida a las proteínas murinas o a cualquier otro componente de los medicamentos del estudio.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Embarazada o en período de lactancia que no utilice un método anticonceptivo adecuado.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

RECUERDE ENVIAR EL FAX DE INCLUSIÓN AL NÚMERO 93 226 58 33

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO1. DIA 1

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO1. DIA 1

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m ²)	¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Cuál:	Motivo:
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO2. DIA 15

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO2. DIA 15

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m ²)
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuál:	Motivo:

¿Ha habido un retraso de ciclo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo:

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: EVALUACIÓN PRECOZ
(antes del 3^{er} ciclo)

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Fecha		Detallar si Positivo
PET/Scan	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Gammagrafia	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

DATOS ANALÍTICOS (hacer las mismas determinaciones que en el ciclo 2 + aquellas que estuvieran alteradas en la visita de selección)

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	No realizado	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Hb	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Leucocitos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Neutrófilos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Linfocitos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Plaquetas	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
VSG	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pruebas de función hepática	No realizado	Significativo	En caso afirmativo, especificar
ALT	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
AST	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
GGT	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fosfatasas alcalinas	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bilirrubina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bioquímica	No realizado	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Creatinina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Urea	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sodio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Potasio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Calcio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Glucemia	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Proteinograma	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Determinación IgG	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Determinación IgA	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(la tabla continúa en al página siguiente)

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: EVALUACIÓN PRECOZ
(antes del 3^{er} ciclo)

Bioquímica	No realizado	Significativo	Niveles	Unidades	Límites de normalidad
Proteínas totales	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
Albúmina	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
LDH	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ , _
β2-microglobulina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ , _

Electrocardiograma	Fecha _ _ - _ _ - _ _ _ _ _
	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar si anormal:

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

Código Estudio: LDCGB/05**Número de Paciente:** |_|_| - |_|_|**VISITA: CICLO 3. DIA 29****Fecha:** |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|**EXPLORACIÓN FÍSICA**

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/>	0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/>	1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/>	2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/>	3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/>	4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS (sirven los obtenidos en la evaluación precoz)

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO 3. DIA 29

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m ²)
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuál:	Motivo:

¿Ha habido un retraso de ciclo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo:

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO 4. DIA 43

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Signitativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO 4. DIA 43

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m ²)
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuál:	Motivo:

¿Ha habido un retraso de ciclo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo:

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO 5. DIA 57

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |__|_| - |__|_|

VISITA: CICLO 5. DIA 57

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m²)
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuál:	Motivo:

¿Ha habido un retraso de ciclo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo:

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: CICLO 6. DIA 71

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONSTANTES VITALES

	Valor	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Tensión arterial sistólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tensión arterial diastólica	_ _ _ mmHg	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Frecuencia cardíaca	_ _ _ Lpm	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Temperatura	_ _ , _ °C	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG	
<input type="checkbox"/>	0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/>	1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/>	2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/>	3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/>	4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |__|__| - |__|__|

VISITA: CICLO 6. DIA 71

TRATAMIENTO

Fármacos	Administrado	Dosis (mg/m²)
Rituximab	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Adriamicina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prednisona	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vincristina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pegfilgrastim	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Se ha modificado alguna dosis? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cuál:	Motivo:

¿Ha habido un retraso de ciclo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo:

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio).

POR FAVOR, ANOTAR LOS AGENTES ERITROPOYÉTICOS, LA CITARABINA LIPOSOMAL, LA RADIOTERAPIA Y CUALQUIER OTRA MEDICACIÓN CONCOMITANTE EN LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE

POR FAVOR, RECUERDE ANOTAR LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN LAS PÁGINAS APROPIADAS AL FINAL DEL CUADERNO

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: EVALUACIÓN. DÍA 130

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS (hacer las mismas determinaciones que en el ciclo 6 + aquellas que estuvieran alteradas en la visita de selección o en la evaluación precoz previa al ciclo 3)

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	No realizado	Anómalo	En caso afirmativo, especificar
Hb	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Leucocitos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Neutrófilos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Linfocitos	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Plaquetas	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
VSG	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pruebas de función hepática	No realizado	Significativo	En caso afirmativo, especificar
ALT	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
AST	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
GGT	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Fosfatasa alcalinas	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bilirrubina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bioquímica	No realizado	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Creatinina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Urea	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sodio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Potasio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Calcio	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Glucemia	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Proteinograma	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(la tabla continúa en la página siguiente)

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: EVALUACIÓN. DÍA 130

Bioquímica	No realizado	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Determinación IgG	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Determinación IgA	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Bioquímica	No realizado	Significativo	Niveles	Unidades	Límites de normalidad
Proteínas totales	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
Albumina	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	g/L <input type="checkbox"/> g/dL <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
LDH	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ _ , _
β2-microglobulina	-----	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _ - _ _ _ _ , _

Electrocardiograma	Fecha _ _ - _ _ - _ _ _ _ _
	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Especificar si anormal:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Fecha		Detallar si Positivo
PET/Scan	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Gammagrafia	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (sólo si estaba infiltrada en la visita de selección)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: EVALUACIÓN. DÍA 130

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxitus	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 3 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 3 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 6 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 6 MESES

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	<u>Fecha</u>		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 9 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_|_| - |_|_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 9 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 12 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/>	0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/>	1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/>	2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/>	3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/>	4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 12 MESES

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	<u>Fecha</u>		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (<u>sólo</u> si estaba infiltrada previamente)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: | | | | - | | | |

VISITA: SEGUIMIENTO. 15 MESES

Fecha: | | | | - | | | | - | | | | | |

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica | | | | - | | | | - | | | | | |

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	,	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	, - ,
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	,	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	, - ,

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 15 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 18 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 18 MESES

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	<u>Fecha</u>		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxitus	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 21 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/>	0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/>	1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/>	2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/>	3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/>	4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/>	5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 21 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 24 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05**Número de Paciente:**

|_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 24 MESES**PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

	<u>Fecha</u>		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (<u>sólo</u> si estaba infiltrada previamente)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 30 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Signitativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 30 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 36 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 36 MESES

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Fecha		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (sólo si estaba infiltrada previamente)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 42 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 42 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 48 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 48 MESES

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Fecha		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (sólo si estaba infiltrada previamente)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 54 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 54 MESES

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ - _ _ _ _	

¿CONTINÚA EN EL ESTUDIO? Si No (en caso negativo completa hoja de Finalización Estudio)

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_| - |_|_|

VISITA: SEGUIMIENTO. 60 MESES

Fecha: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

EXPLORACIÓN FÍSICA

	Significativo	En caso afirmativo, especificar
Cabeza y cuello	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Piel y mucosas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato cardiovascular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato respiratorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato gastrointestinal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Aparato locomotor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de adenopatías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Exploración de visceromegalias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

ECOG

<input type="checkbox"/> 0. Vida normal sin limitación
<input type="checkbox"/> 1. Limitación actividades que requieran grandes esfuerzos
<input type="checkbox"/> 2. Se vale por sí mismo, incapaz realizar actividad
<input type="checkbox"/> 3. No se vale por sí mismo. Más del 50% encamado
<input type="checkbox"/> 4. Completamente inválido. Encamado todo el tiempo
<input type="checkbox"/> 5. Muerto

DATOS ANALÍTICOS

Fecha de la analítica |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Hemograma	Anómalo	En caso afirmativo, especificar		
Hb	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Leucocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Neutrófilos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Linfocitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Plaquetas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Otros parámetros				
ALT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
AST	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Bilirrubina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Creatinina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Niveles	Unidades	Límites de normalidad
LDH	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	UI/L <input type="checkbox"/> μkat/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _
β2-microglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_ _ _ , _	mg/L <input type="checkbox"/> nmol/L <input type="checkbox"/>	_ _ , _ - _ _ , _

Codigo Estudio: LDCGB/05**Número de Paciente:** |_|_| - |_|_|**VISITA: SEGUIMIENTO. 60 MESES****PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

	Fecha		Detallar si Positivo
TAC torácico, abdominal y pélvico	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Biopsia de médula ósea (sólo si estaba infiltrada previamente)	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	
Otra:	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No practicado <input type="checkbox"/>	

RESPUESTA GLOBAL DEL TRATAMIENTO

	FECHA
<input type="checkbox"/> Remisión Completa (RC)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Completa no documentada / no confirmada (RCu)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Remisión Parcial (RP)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Enfermedad Estable (EE)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Progresión (P)	_ _ - _ _ - _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Recaída (R)	_ _ - _ _ - _ _ _ _

ESTATUS ACTUAL

	FECHA	DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Vive libre de enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Vive con enfermedad	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Éxito	_ _ - _ _ - _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Pérdida control	_ _ - _ _ - _ _ _ _	

Código Estudio:**LDCGB/05****Número de paciente:**

|_|_| - |_|_|

MEDICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CONCOMITANTES

Medicación o procedimiento(1)	Vía	Dosis total diaria	Unidades	Fecha inicio	Fecha final	¿continua?	Indicación
1.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(1) Indicar nombre comercial del medicamento, tipo de radioterapia o transfusiones

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

____ - ____

MEDICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CONCOMITANTES

Medicación o procedimiento(1)	Vía	Dosis total diaria	Unidades	Fecha inicio	Fecha final	¿continua?	Indicación
10.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
13.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
14.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
15.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
16.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
17.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
18.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(1) Indicar nombre comercial del medicamento, tipo de radioterapia o transfusiones

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

|_|_| - |_|_|

MEDICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CONCOMITANTES

Medicación o procedimiento(1)	Vía	Dosis total diaria	Unidades	Fecha inicio	Fecha final	¿continua?	Indicación
19.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
20.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
23.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
24.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
25.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
26.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
27.				_ _ - _ _ - _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(1) Indicar nombre comercial del medicamento, tipo de radioterapia o transfusiones

Código Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

____ - ____

MEDICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS CONCOMITANTES

Medicación o procedimiento(1)	Vía	Dosis total diaria	Unidades	Fecha inicio	Fecha final	¿continua?	Indicación
28.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
29.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
30.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
31.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
32.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
33.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
34.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
35.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
36.				____-____-____	____-____-____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

(1) Indicar nombre comercial del medicamento, tipo de radioterapia o transfusiones

Código Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

|_|_| - |_|_|

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

¿HA OCURRIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO ADVERSO DURANTE EL ESTUDIO?

Sí

No

INCLUIR **SÓLO** LOS AEs NO GRAVES. PARA LOS AEs GRAVES UTILIZAR EL FORMULARIO ESPECÍFICO

Acontecimiento Adverso	Fecha inicio	Fecha final	Grado (1)	Comentario
1.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
2.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
3.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
4.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
5.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
6.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
7.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
8.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	

(1) grado de 1 a 4, según el apéndice 2 del protocolo: versión 3.0 de los CTC disponibles en <http://ctep.cancer.gov/reporting/ctcnew.html>

Código Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

|_|_|-|_|_|

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

INCLUIR **SÓLO** LOS AEs NO GRAVES. PARA LOS AEs GRAVES UTILIZAR EL FORMULARIO ESPECÍFICO

Acontecimiento Adverso	Fecha inicio	Fecha final	Grado (1)	Comentario
9.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
10.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
11.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
12.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
13.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
14.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
15.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
16.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	
17.	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	_ _ - _ _ - _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	

(1) grado de 1 a 4, según el apéndice 2 del protocolo: versión 3.0 de los CTC disponibles en <http://ctep.cancer.gov/reporting/ctcnew.html>

Código Estudio: LDCGB/05

Número de paciente:

____-____

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

INCLUIR **SÓLO** LOS AEs NO GRAVES. PARA LOS AEs GRAVES UTILIZAR EL FORMULARIO ESPECÍFICO

Acontecimiento Adverso	Fecha inicio	Fecha final	Grado (1)	Comentario
18.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
19.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
20.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
21.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
22.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
23.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
24.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
25.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	
26.	____-____-____	____-____-____	<input type="checkbox"/>	

(1) grado de 1 a 4, según el apéndice 2 del protocolo: versión 3.0 de los CTC disponibles en <http://ctep.cancer.gov/reporting/ctcnew.html>

Codigo Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: | | | | - | | | |

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS GRAVES

SAE-No.: 3

Event (English) _____

Start

Date: | | | | | | | | | | | | | | Time: | | : | | | | | | | |

Stop

Date: | | | | | | | | | | | | | | Time: | | : | | | | | | | |

Or continuing

Was this event treatment emergent? Definition

-Any event not seen during screening or baseline and not recorded as continuing on Medical History, OR
-Any event that has worsened relative to screening, baseline, or Medical History.
 No
 Yes

Serious Adverse Event?

No
 Yes, include at least one of the following:
-Death
-Life-Threatening adverse event
-In-patient hospitalisation required
-Hospitalization prolonged
-Persistent or significant disability/ incapacity
-Congenital anomaly/birth defect
-Is a medical significant event (includes laboratory abnormalities)

Nature of event

1 single episode
 2 Multiple episode

EN CASO DE AFIRMATIVO, ENVIAR EL FORMULARIO DE ACONTECIMIENTO ADVERSO GRAVE A HARRISON CLINICAL RESEARCH IBERICA FAX Nº 93 226 58 33 EN 24 H

Intensity

1 Mild
 2 Moderate
 3 Severe
 4 life threatening
limiting

Severity grading scale

Not applicable
 grade 1
 grade 2
 grade 3
 grade 4
limiting

Causal relationship to study medication

1 Definitely
 2 Probable
 3 Possible
 4 Unlikely
 5 Unrelated
Yes
No

Outcome

1 Recovered
 2 Recovered with residual effects
 3 Not yet recovered
 5 Death
 6 Unknown

Action taken on study medication (for this adverse event only)

1 none
 2 dose reduced
 3 dose interrupted
 4 discontinued

Other actions

(tick as many as appropriate)
 1 none
 2 Medical treatment (please fill in "Report on concomitant medication")
 3 other (specify in comment below)

Comment : -----

Investigator's Signature :

Date | | | | - | | - | | | | | |

Código Estudio: LDCGB/05

Número de Paciente: |_|_|_| - |_|_|_|

VISITA: FINAL DE ESTUDIO

FINAL ESTUDIO

¿Completó el sujeto el estudio?

SÍ

NO

Fecha de la salida del protocolo |_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

Causa de la discontinuación (sólo un motivo)

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|
| 1.- Tener algún criterio de Exclusión | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |
| 2.- Acontecimiento Adverso | <input type="checkbox"/> | El formulario de Acontecimiento Adverso debe ser rellenado. |
| 3.- Acontecimiento Adverso Grave | <input type="checkbox"/> | El formulario de Acontecimiento Adverso Grave debe ser rellenado |
| 4.- Progresión / Falta de respuesta | <input type="checkbox"/> | |
| 5.- Racaída | <input type="checkbox"/> | |
| 6.- Pérdida de seguimiento | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |
| 7.- Éxito | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |
| 8.- Decisión del paciente | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |
| 9.- Decisión médica | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |
| 10.- Otros | <input type="checkbox"/> | Especificar_____ |

Firma del Investigador Principal _____-Fecha |_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|