

**FORMULARIO REGISTRO DE PACIENTES**  
**Nibclus (Ponatinib)**

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

Positivo    Negativo

**Antecedentes de:**

-Insuficiencia renal:

- No
- Leve
- Moderada
- Severa

-Insuficiencia hepática:

- No
- Leve
- Moderada
- Severa

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

- Sí    No

- IAM

- cardiopatía isquémica

- ACV o AIT

- Diabetes

- Hipertensión arterial

- Hiperlipidemia

- Hipertrigliceridemia

-Lactancia:

- Sí    No

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

**Uso de Nibclus (ponatinib)**

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

Dosificación:

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

- Entrega de Guía para el paciente o su cuidador

Médico tratante:

Institución:

Teléfono

E-mail: