

**Annex 2. Informe del metge responsable amb el vist-i-plau del Cap de Servei per justificació de sol·licitud de UCMI o FFT**

Metge:  
Pacient:  
Número història:

Servei:  
Medicament:

Resum de la història clínica i motiu de la sol·licitud:

**1. Antecedents, dades rellevants i possibles al·lèrgies medicamentoses:**

**Dades rellevants:**

Edat: Performance status (ECOG o similar):  
Funció hematològica:  
Funció renal (aclariment de creatinina...)  
Funció hepàtica :

**2. Diagnòstic:**

**3. Indicació per la que es sol·licita el medicament:**

**Finalitat del tractament:** Curatiu  Pal·liatiu

**4. Tractaments anteriors assajats:**

**5. Alternatives existents:**

**6. Motiu de NO ús d'altres alternatives:**

**7. Dosis del medicament sol·licitat i durada prevista del tractament:**

**8. Justificació de la sol·licitud**

**9. Avaluació del pacient (seguiment clínic i avaluació de resultats):**

---

**10. Referències bibliogràfiques aportades:**

---

**Estudi principal**

Disseny estudi principal: Fase II  Fase III

Objectiu primari:

Criteris d'inclusió:

Criteris d'exclusió:

**Vist-i-plau Cap Servei**

Firma:

N<sup>a</sup> Col·legiat: