



**PROTOCOLO DE USO:  
DOXORRUBICINA LIPOSOMAL  
(MYOCET®, CAELIX®)**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ N.H.C.: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ años; PESO: \_\_\_\_\_ Kg; TALLA: \_\_\_\_\_ cm S. CORPORAL: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

**INDICACIONES:**

- Sarcoma de Kaposi asociado con SIDA (CD4<200) y enfermedad extensiva mucocutánea o visceral (Caelyx®)
- Cáncer de ovario avanzado en mujeres en las que ha fallado un régimen de quimioterapia de primera línea conteniendo platino (Caelyx®)
- Cáncer de mama metastásico, combinado con ciclofosfamida, en mujeres con riesgo cardiológico o que hayan sido tratadas con antraciclinas, pero que estén al límite de dosis por cardiotoxicidad (Myocet®)
- Otros (adjuntar impresos de Uso Compasivo)

¿Ha recibido quimioterapia anteriormente?: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

**POSOLOGIA: CAELYX®** 50 mg/m<sup>2</sup> CADA 4 SEMANAS

Otra  Especificar \_\_\_\_\_

**POSOLOGÍA: MYOCET®** 60-75 mg/m<sup>2</sup> + CICLOFOSFAMIDA 600 mg/m<sup>2</sup> CADA 3 SEMANAS

Otra  Especificar \_\_\_\_\_

**COSTE/CICLO (\*)**

Caelyx®: 1.813 Eur/4 Semanas

Myocet®: 1.103-1.656 Eur /3 semanas

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

Dr. \_\_\_\_\_

Firma:

**Este Protocolo debe enviarse al Servicio de Farmacia, la primera vez que a una enferma se le prescriba Myocet® o Caelyx®.**

**Myocet® se administrará siempre en el primer turno de Hospital de Día. Actualizado :2004**