



FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ONCOLÓGICA



1° VEZ / NUEVO TRATAMIENTO

TODA LA INFORMACIÓN DENUNCIADA REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombre: _____
 Fecha nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: M F No declara CUIL:

AFILIADO *(Debe adjuntar fotocopia de informe anatomo patológico)*

Titular Familiar **PLAN:** Rel. Dep. Opción cambio Monot. Serv. Dom.
 Delegación / Localidad: _____ N° afiliado:
 Diagnóstico OMS: _____ Fecha diagnóstico: ___ / ___ / ___
 Estado Inicial: _____ Estado Actual: _____ Localización/es 2°/s *(si corresponde)*: _____
 Peso: _____ Talla: _____ S. Corporal: _____ ECOG/ Kamofsky: _____

TERAPIAS PREVIAS

Cirugía Si No Fecha: ___ / ___ / ___ Descripción: _____
 Quimioterapia Si No Fecha: ___ / ___ / ___ Esquema/s: _____
 Hormonoterapia Si No Fecha: ___ / ___ / ___ Droga/s: _____
 Inmunoterapia Si No Fecha: ___ / ___ / ___ Droga/s: _____
 Radioterapia Si No Fechas: ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
 Dosis y Campo/s: _____
 Intervalo libre de enfermedad Si No Duración: _____
 Esquema terapéutico solicitado: _____
 CARACTER: Adyuvante Neoadyuvante Paliativo Ciclo N°:
 Cuáles: _____

MEDICAMENTOS POR DCI <i>(denominación común Internacional)</i>	Dosis mg/m2	Días	Frecuencia

Fecha Último Tto: ___ / ___ / ___ Fecha Probable próximo Tto: ___ / ___ / ___
 Lugar de Atención: _____

Firma y sello del Médico Tratante

Fecha prescripción: ___ / ___ / ___

Teléfono, mail del Médico Tratante