



SOLICITUD DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento: de de N° de Afiliado:/.....

Documento de Identidad (tipo y número)

Diagnóstico CIE 10:

..... Fecha de inicio de la enfermedad: / /

Diagnóstico Histopatológico:

TNM / Estado inicial:

Status clínico (EGCOM): 0 1 2 3

Peso: Talla: Superficie corporal:

Tipo y N° de Protocolo:

Resumen de Historia Clínica:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ELEMENTOS DE VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD (marcar lo que corresponda y documentar)

Exámen físico	sí	no	Rx	sí	no	Ecografía	sí	no	Centello	sí	no	TAC	sí	no	RMN	sí	no
PSA	sí	no	Ca125	sí	no	Ca15,3	sí	no	Ca19,9	sí	no	CEA	sí	no	Anat. Pat.	sí	no

Otros:

CIRUGÍA: Fecha / / Descripción

RADIOTERAPIA: Fecha finalización/...../..... Dosis total: Localización:

HORMONOTERAPIA	Inicio	Finalización	Tipo	Respuesta	Toxicidad
1					
2					
3					
QUIMIOTERAPIA	Inicio	Finalización	Tipo	Respuesta	Toxicidad
1					
2					
3					
4					
5					
TERAPIAS BLANCO	Inicio	Finalización	Tipo	Respuesta	Toxicidad
1					
2					

TRATAMIENTO A REALIZAR	Tipo (marcar con una X)	<input type="checkbox"/>	Adyuvante	Nº Línea	
		<input type="checkbox"/>	Neoadyuvante		
		<input type="checkbox"/>	Avanzado		

LISTADO Y CANTIDAD DE DROGAS A SUMINISTRAR EN CADA CICLO DE TRATAMIENTO		
MONODROGA en su nombre genérico y mg. por frasco	DOSIS mg. por m2 por ciclo	CANTIDAD frascos
1. -		
2. -		
3. -		
4. -		
5. -		

Acompañar formulario con receta original.

IMPORTANTE: cada 3 (tres) ciclos, enviar datos de evolución y respuesta al tratamiento

ACLARACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... Lugar y fecha Firma y sello del MÉDICO ESPECIALISTA
------------------------	--

Datos del MÉDICO ESPECIALISTA:

Teléfono de consultorio:

Teléfono particular: Móvil:

Correo electrónico:

RESERVADO PARA AUDITORÍA MÉDICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.