

SOLICITUD TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

El presente formulario es de carácter OBLIGATORIO y debe ser llenado en todos sus ítems por el médico tratante, siendo entregado al afiliado conjuntamente con la indicación de la medicación específica solicitada. En caso de tener que modificar el tratamiento inicial deberá completarse indefectiblemente la justificación que avale el cambio de terapia.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES					
NO AFILIADO			TELEFONO		
EDAD	SEXO	PESO	ALTURA	SUP. CORPORAL	
<input type="checkbox"/> PACIENTE INTERNADO <input type="checkbox"/> PACIENTE AMBULATORIO		INSTITUCION			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRES		
DOMICILIO ACTUAL		TELEFONO
MATRICULA	ESPECIALIDAD	INSTITUCION

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Código. OMS)

ECOG Performance Status (0-4):

Estadio actual:

Fecha de Diagnóstico Inicial:

Línea de tratamiento:

Estadio Inicial:

TRATAMIENTOS REALIZADOS A LA FECHA

<input type="checkbox"/> CIRUGÍA
<input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> HORMONOTERAPIA
<input type="checkbox"/> INMUNOTERAPIA
<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA
<input type="checkbox"/> OTROS

<input type="checkbox"/> INICIO DEL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> REPETICIÓN DEL TRATAMIENTO	CICLOS PROGRAMADOS	DURACION DEL SICLO	N° CICLO ACTUAL
*Indicar dosis/kg			
RP1 _____			
RP2 _____			
RP3 _____			
RP4 _____			
RP5 _____			
LUGAR Y FECHA	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL		

MODIFICACION DEL TRATAMIENTO INICIAL Y JUSTIFICACION DEL MISMO

<input type="checkbox"/> TOXICIDAD	<input type="checkbox"/> PROGRESION	<input type="checkbox"/> OTROS MOTIVOS
_____ _____ _____ _____		
LUGAR Y FECHA	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

--

OBSERVACIONES
_____ _____ _____ _____ _____

INICIO DE TRATAMIENTO

1. El presente Formulario 2. Informe de imágenes diagnósticas y de extensión 3. Laboratorios 4. Anatomía Patológica (informe de biopsia). Inmunohistoquímica y biología molecular (si fue solicitada)

RENOVACIÓN O MANTENIMIENTO

1. El presente Formulario 2. Informe de imágenes 3. Laboratorios realizados en el ínterin

MODIFICACIÓN DE DOSIS Y/O DE TRATAMIENTO

1. El presente Formulario completando el apartado específico (MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO...) 2. Informe de imágenes 3. Laboratorios realizados 4. Nueva Anatomía Patológica si se ha realizado