

**Datos Personales**

Apellido y Nombre: _____			
N° Afiliado: _____		Afilación: Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	
DNI: _____	Edad: _____	Domicilio: _____	
Domicilio: _____	Localidad: _____	Teléfono: _____	
Codigo Postal: _____		Provincia: _____	

Diagnóstico: _____	Fecha de diagnóstico: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
_____	Fecha de inicio de tratamiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Estadio: _____		Anatomía Patológica: _____	

**Protocolo al que ingresa: detallar mgrs/m2**

1- _____		N° de ciclos totales: <input type="text"/>
2- _____		
3- _____		
4- _____		
5- _____		
Peso: _____	Talle: _____	Superficie corporal: _____

**Monodroga en mgrs. Por dosis - ciclo que realiza:**

1- _____
2- _____
3- _____
4- _____
5- _____

**Resumen de Historia Clínica**


---



---



---



---

**Estrategia terapéutica planteada**


---



---



---

Performance Status (1 - 5)

**Evolución**

 Estado actual 

 Adyuvancia 

 Avanzado 

Marcadores

Evaluación por imágenes del sitio Metastásico

Médico Oncólogo:

Médico Clínico:

**Tratamientos previos**

Cirugía:

 Sí 

 No 

Fecha:

Esquema:

Quimioterapia:

 Sí 

 No 

Fecha:

Esquema:

Radioterapia:

 Sí 

 No 

Fecha:

Esquema:

Hormonoterapia:

 Sí 

 No 

Fecha:

Esquema:

Fecha:

Firma y sello del Médico Tratante:

**Autorización Comité de Auditoría Oncológica**


---



---



---

Comité de Auditoría Oncológica

**Módulos**

 Baja: 

 Mediana: 

 Alta: