

Todos los campos de este formulario son obligatorios

Datos Personales

Apellido y Nombre: _____		
Nº Afiliado: _____	Afilación: Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	
DNI: _____	Edad: _____	Domicilio: _____
Domicilio: _____	Localidad: _____	Teléfono: _____
Código 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- _____	Nº 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 <input type="checkbox"/>	Adyuvancia <input type="checkbox"/>	Avanzado <input type="checkbox"/>
Marcadores		
Evaluación por imágenes del sitio Metastásico _____		

Médico Oncólogo: _____	Médico Clínico: _____	

Tratamientos previos

Cirugía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Esquema: _____
Quimioterapia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Esquema: _____
Radioterapia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Esquema: _____
Hormonoterapia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Esquema: _____
Fecha: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Firma y sello del Médico Tratante: _____			

Autorización Comité de Auditoría Oncológica

Comité de Auditoría Oncológica

Módulos

Baja: <input type="checkbox"/>	Mediana: <input type="checkbox"/>	Alta: <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

IMPORTANTE: en caso de solicitar medicación de alto costo, completar el formulario "Síntesis de Fundamentación de Fármacos Novedosos y/o Alto Costo"