

ENTREVISTA DE PREAMISIÓN Y DERIVACIÓN

Apellido y Nombre:	
Nº Afiliado:	Nombre del Fármaco:
Nombre Comercial del Fármaco Solicitado:	

En relación al tratamiento a indicar:

Explicar en base a qué parámetros se decide la indicación terapéutica:
.....
.....
.....
.....

Número de ciclos proyectados:
Frecuencia de administración:
.....

En relación a la enfermedad a la cual se le indica el tratamiento:

Criterios que el/la paciente cumple para que este tratamiento esté indicado:
.....
.....

Informar:

Si es mujer:	Pre <input type="checkbox"/>	Post <input type="checkbox"/>	menopausica
Estadio de Enfermedad:	Compromiso de órganos:		

Escala Funcional E.C.O.G./O.M.S.

- 0 - Actividad normal, sin limitaciones
- 1 - Limitación de actividades que requieren gran esfuerzo físico – Capaz de realizar trabajos ligeros.
- 2 - Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado.
No puede realizar trabajos aunque sean ligeros. Permanece levantado más del 50% del día
- 3 - Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático.
Confinado a vida de: cama-sillón más del 50% del día.
- 4 - Completamente imposibilitado. Puede necesitar hospitalización. En cama la mayor parte del día.
- 5 - Exitus

Escala Funcional de Karnofsky:

KARNOFSKY: **100** = Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad.

90 = Actividad normal, pero c/signos y síntomas leves.

80 = Actividad normal c/esfuerzo, c/signos y síntomas morbosos.

70 = Capaz de cuidarse, sin actividad normal o trabajo activo.

60 = Requiere atención ocasional, pero satisface la mayoría de sus necesidades.

50 = Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.

40 = Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales

30 = Totalmente incapaz, necesitaría hospitalización y tto. Activo de soporte.

20 = Gravemente enfermo, tto. Activo necesario.

10 = Moribundo irreversible

0 = Muerto

Escala Descriptiva Simple para la Clasificación de Dolor

0 NO Dolor

1 Dolor Leve

2 Dolor Moderado

3 Dolor Intenso