

**\* NOTA**

DEBEN  
COMPLETARSE  
TODOS LOS DATOS  
PARA SU DEBIDA  
EVALUACIÓN O  
SERÁ DEVUELTA

<b>Paciente:</b>	<b>Edad:</b>			
<b>Nro. Afiliado:</b>	<b>Carnet (4 últ. dígitos):</b>			
<b>DNI:</b>	<b>Departamento:</b>			
<b>Teléfono:</b>				
<b>Mail:</b>				
<b>TALLA CM:</b>	<b>PESO KG:</b>	<b>SUP. CORPORAL M<sup>2</sup>:</b>		
<b>DIAGNÓSTICO/HISTOLOGÍA</b>				
<b>I.H.Q./BIOMARCADORES</b>				
<b>T:</b>	<b>N:</b>	<b>M:</b>	<b>ESTADIO:</b>	<b>P.S. (ECOG):</b>
<b>CENTRO DONDE SE ATIENDE:</b>				
<b>* ESQUEMA SOLICITADO Y CICLOS PROGRAMADOS:</b>				

NEOADYUVANCIA:

ADYUVANCIA:

AVANZADO (HASTA PROGRESIÓN O TOXICIDAD) (MARCAR CON "x")

	Nº MONODROGA	DÍAS DOSIS (MG./KG. Ó MG./M <sup>2</sup> )	DOSIS CALCULADA (MG.)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

\* EVALUACIÓN PROGRAMA CUIDAR (MARCAR CON "X") SÍ  NO

\* VALORACIÓN PARA TRATAMIENTO DE ALTO COSTO SÍ  NO

\* RESUMEN LEGIBLE QUE JUSTIFIQUE LA INDICACIÓN:

**\* NOTA**

DEBEN  
COMPLETARSE  
TODOS LOS DATOS  
PARA SU DEBIDA  
EVALUACIÓN O  
SERÁ DEVUELTA

\* TRATAMIENTOS PREVIOS (DESCRIPCIÓN):

PRÁCTICA	SÍ/NO (MARCAR CON "X")				FECHA	DESCRIPCIÓN
	sí		no			
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	

FECHA DEL PEDIDO: / /

\* AUTORIZACIÓN COMITÉ DE AUDITORÍA ONCOLÓGICA

AUDITOR: FIRMA Y SELLO    AUDITOR: FIRMA Y SELLO    AUDITOR: FIRMA Y SELLO    AUDITOR: FIRMA Y SELLO

FECHA DE AUTORIZACIÓN: / /