

* NOTA

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

Paciente:

Edad:

Nro. Afiliado:

Carnet (4 últ. dígitos):

DNI:

Departamento:

Teléfono:

Mail:

TALLA CM:

PESO KG:

SUPCORPORAL M2:

DIAGNÓSTICO/HISTOLOGÍA

I.H.Q./BIOMARCADORES

T:

N:

M:

ESTADIO:

PS. (ECOG):

CENTRO DONDE SE ATIENDE:

* ESQUEMA SOLICITADO Y CICLOS PROGRAMADOS:

NEOADYUVANCIA: ☐

ADYUVANCIA: ☐

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

	MEDICAMENTO	DÍAS DOSIS (MG./KG. ó MG./M2)	DOSIS CALCULADA (MG.)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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

* EVALUACIÓN PROGRAMA CUIDAR (MARCAR CON “x”) SÍ ☐ NO ☐

* VALORACIÓN PARA TRATAMIENTO DE ALTO COSTO SÍ ☐ NO ☐

* RESUMEN LEGIBLE QUE JUSTIFIQUE LA INDICACIÓN :

* TRATAMIENTOS PREVIOS (DESCRIPCIÓN):

PRÁCTICA	SÍ/NO (MARCAR CON “x”)				FECHA	DESCRIPCIÓN
Cirugía	sí		no		/ /	
Quimioterapia	sí		no		/ /	
Quimioterapia	sí		no		/ /	
Quimioterapia	sí		no		/ /	
Radioterapia	sí		no		/ /	
Radioterapia	sí		no		/ /	
Hormonoterapia	sí		no		/ /	
Hormonoterapia	sí		no		/ /	

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: / /