



SOLICITUD DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO

(A COMPLETAR SOLO AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y MODIFICACIONES AL MISMO)

Apellido y nombre: _____

N° beneficiario: _____

Diagnóstico: _____

Anatomía patológica (adjuntar informe): _____

Estadificación: _____

Resumen de historia clínica (indicar fechas): _____

Cirugía: SI _____ NO _____ Fecha: _____

Radioterapia previa-campo: _____ Fecha: _____

Quimioterapia previa: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Hormonoterapia previa: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Peso actual: _____ Altura: _____ Superficie corporal: _____

PLAN DE TRATAMIENTO

Intervalo: tiempo (en días) cada cuanto se administran los ciclos _____

N° de ciclos: número total de ciclos planificados inicialmente _____

DROGA	TIPO DE DROGA	INDICACION	DOSIS/M2/SESION	CANTIDAD DE SESIONES

Droga: consignar el nombre farmacológico de la droga indicada.

Tipo de droga: se deben consignar las siguientes características: Q (quimioterapia), H (hormonoterapia), I (inmunoterapia), C (medicación complementaria, ej: antieméticos, factores estimulantes de colonias, citoprotectores)

Indicación: se deben categorizar las siguientes indicaciones: N (neoadyuvante), A (adyuvante), P (paliativa).

N° de Celular del Profesional

Firma y sello del Profesional

Fecha