

SOLICITUD DE INGRESO O ROTACIÓN DE ESQUEMA DENTRO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ONCOLÓGICO

Datos del Paciente:

Número de Afiliado:..... Plan:.....
Apellido y Nombre:..... Edad:.....
Teléfono:.....
Domicilio:..... N°..... Localidad:.....

Datos del médico tratante:.....

Domicilio:..... Tel.:.....
Horarios de atención:.....

Diagnóstico:

Estadificación (según TNM o criterios detallados en anexo de convenio).....
Resumen de Historia Clínica (epicrisis, síntesis de los principales antecedentes y detalle de tratamientos previos)

Documentación Medico-Clínica de respaldo (adjuntar fotocopias):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Protocolos Operatorios | <input type="checkbox"/> Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Anatomías Patológicas | <input type="checkbox"/> Cámara Gamma |
| <input type="checkbox"/> Protocolos Operatorios | <input type="checkbox"/> Lab. Bioquímico |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica | <input type="checkbox"/> Marcadores hormonales |
| <input type="checkbox"/> Endoscopías | <input type="checkbox"/> Protocolo de irradiación |
| <input type="checkbox"/> TAC | <input type="checkbox"/> Otros:..... |
| <input type="checkbox"/> RNM | |

Plan de tratamiento: El paciente tiene previsto:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia Oncológica | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Tratamientos Combinados |
| <input type="checkbox"/> Hormonoterapia | <input type="checkbox"/> Inmunoterapia | <input type="checkbox"/> Inmunoterapia |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Terapia Paliativa | <input type="checkbox"/> Otros:..... |

Programa Quimioterápico Oncológico:

Altura:.....mts. Peso:.....kgs. Superficie Corporal:.....mts2 PS (ECOG):.....

Medicación citostática: (prescripción genérica): Solicito la autorización del presente plan terapéutico y se provea al paciente de las siguientes drogas, para cada uno de los ciclos previstos.

Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad

Medicación complementaria y Descartable

Genérico/presentación	Dosis/sup. corporal	Vía	Días de tratamiento	Cantidad

Periodicidad entre ciclos:..... **Duración estimada:**

Fecha pedido: / / **Fecha prevista de aplicación:** / /

Observaciones y/o datos de interés: (a detallar por el profesional tratante)

.... / /

Fecha

Firma y Sello

*** Completar los datos con letra legible**