



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACION ONCOLOGICA

Apellido y Nombre: Fecha de nacimiento:/...../.....

Sexo: M / F Domicilio: Localidad: Tel:

Diagnóstico: Anatomía Patológica:

Fecha:/...../.....

ESTADIFICACION: T: N: M:

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:

.....

CIRUGIA: Fecha:/...../.....

RADIOTERAPIA PREVIA - CAMPO: dosis Fecha:/...../.....

QUIMIOTERAPIA PREVIA: 1.-..... 2.-..... 3.-..... 4.....

HORMONOTERAPIA PREVIA: 1.-..... 2.-..... 3.-..... 4.-.....

Peso actual: Altura: Sup. Corporal: Estatura:

DROGA	Tipo de droga	Indicación	Dosis/m2 x Ciclo	Fecha de Inicio	Intervalo	Nº de Ciclos

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) **E** (antieméticos, factores estimulantes de colonias, citoprotectores).

Indicación: Se deben categorizar indicaciones **N** (neoadyuvante) **A** (adyuvante) **P** (paliativa).

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

Nro. de ciclos: número total de ciclos planificados inicialmente .-

Nombre y apellido del médico tratante:

FECHA:...../...../.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE