

FORMULARIO SOLICITUD DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA

(Para ser completado por el médico en letra imprenta y legible)

El FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA debe ser completado con cada solicitud de medicación oncológica. Si fuera el inicio del tratamiento o una modificación del mismo, por favor complete además la Historia Clínica Oncológica.

Nº Beneficiario: _____

Nombre y Apellido: _____

Domicilio Entrega Mediación: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono Beneficiario: _____

Datos del Médico Tratante

Nombre y Apellido: _____

Teléfono _____ Mail: _____

Diagnóstico Oncológico: _____ Estadío Actual de la Enfermedad: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sup. Corporal (m²) _____ Performance Status (ECOG) _____

Tratamiento propuesto: _____

Tipo de tratamiento: Neoadyuvancia Adyuvancia Enfermedad avanzada → Nº línea: _____

Fecha de inicio del tratamiento _____ Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

Toxicidad grado III-IV durante el ciclo anterior Sí No
(si contestó Sí describa la toxicidad y el grado según el CTC v3.0): _____

Drogas solicitadas (adjuntar además la prescripción en el recetario del medico solicitando las drogas por su denominación común internacional -DCI- o nombre genérico; presentación y cantidad requerida para cada ciclo)

	Droga	Dosis/m ²	Dosis diaria (mg)	Cantidad de días (días del ciclo)	Dosis total (mg)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Método de evaluación del tratamiento Marcador TAC Ecografía RMN Otro (especifique): _____

Fecha/s propuesta/s de evaluación del tratamiento indicado: _____

Fecha de evaluación
(Indique si NR si aún no fue realizada) _____

Respuesta al Tratamiento

Respuesta completa Respuesta parcial Enfermedad estable Progresión No evaluable (explique)

Fecha

Firma y sello del médico