

FORMULARIO SOLICITUD DE MEDICACIÓN ONCOLÓGICA

(Para ser completado por el médico en letra impresa 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.

D.N.I del Afiliado: _____

Apellido y Nombre: _____

Domicilio Entrega Mediación: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Datos del afiliado

Apellido y Nombre: _____

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 N° línea: _____

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

Toxicidad grado III-IV durante el ciclo anterior ☐ Si ☐ No

(si contestó "Si" describa la toxicidad y el grado según el CTC v3.0): _____

Drogas solicitadas (adjuntar además la prescripción en el recetario del médico 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/s propuesta/s de evaluación del
tratamiento indicado _____

Respuesta al tratamiento

☐ Respuesta completa ☐ Respuesta parcial ☐ Enfermedad estable ☐ Progresión ☐ No evaluable (explique)_____
Fecha_____
Firma y Sello del Profesional